

**Partisipasi masyarakat
pada pelaksanaan program
poliklinik kesehatan desa (PKD)
studi perawatan kehamilan dan persalinan
di desa Wonorejo kabupaten Sukoharjo**

**TESIS
Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Untuk Mencapai Derajat Magister**

**Program Studi Kedokteran Keluarga
Minat utama : Pendidikan Profesi Kesehatan**



**Oleh :
Tri Tuti Rahayu
S870906026**

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2008**

Halaman Pengesahan Pembimbing

**PARTISIPASI MASYARAKAT
PADA PELAKSANAAN PROGRAM
POLIKLINIK KESEHATAN DESA (PKD)
STUDI PERAWATAN KEHAMILAN DAN PERSALINAN
DI DESA WONOREJO KABUPATEN SUKOHARJO**

Disusun oleh :

**Tri Tuti Rahayu
S 870906026**

Telah disetujui oleh Tim Pembimbing

Dewan Pembimbing

Jabatan

Nama

Tanda Tangan

Tanggal

Pembimbing I

Prof.Dr. Samsi Haryanto,MPd

Pembimbing II

dr.Bambang Sukilarso,MS

Mengetahui

Ketua Minat Utama

Dr.P.Murdani K,MHPed
Halaman Pengesahan Penguji Tesis

**PARTISIPASI MASYARAKAT
PADA PELAKSANAAN PROGRAM
POLIKLINIK KESEHATAN DESA (PKD)
STUDI PERAWATAN KEHAMILAN DAN PERSALINAN
DI DESA WONOREJO KABUPATEN SUKOHARJO**

Disusun oleh :
Tri Tuti Rahayu
S 870906026

Telah disetujui oleh Tim Penguji

Jabatan

Nama

Tanda Tangan

Tanggal

Ketua

PERNYATAAN

Nama : TRI TUTI RAHAYU

NIM : S870906026

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul *“Partisipasi Masyarakat Pada Pelaksanaan Program Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) Studi Perawatan Kehamilan dan Persalinan di Desa Wonorejo Kecamatan Polokarto Kabupaten Sukoharjo”* adalah betul-betul karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya, di tunjukan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima saksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar yang saya peroleh dari tesis tersebut.

Surakarta, Januari 2008

Yang Membuat Pernyataan,

Tri Tuti Rahayu

HALAMAN PERSEMBAHAN

Hai semua manusia, sesungguhnya Kami menciptakan kamu dari seorang laki-laki dan seorang perempuan dan menjadikan kamu berbangsa-bangsa dan bersuku-suku supaya kamu saling kenal mengenal. Sesungguhnya orang yang paling mulia diantaramu di sisi Allah ialah orang yang paling bertakwa. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui lagi Maha Mengenal. (QS. Al Hujuraat : 13).

Tesis ini saya persembahkan kepada :

- 1. Ibu tersayang, Hj. Sopiah*
- 2. Bapak tercinta H. Ajam(Almarhum)*
- 3. Bapak Ibu Suwito di rumah*
- 4. Istriku tercinta Retno Farjawati, S.Pd*
- 5. Buah hati kami Putriku Derel Azizah dan Putraku Fakhri Rafif*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya serta dengan segala cobaan, tantangan, keterbatasan kemampuan dan dana akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul : ***“Partisipasi Masyarakat pada Pelaksanaan Program Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) Studi Perawatan Kehamilan dan Persalinan di Desa Wonorejo Kecamatan Polokarto Kabupaten Sukoharjo”***

Tujuan penulisan Tesis ini adalah untuk memenuhi persyaratan Mencapai Derajat Magister pada Program Studi Kedokteran Keluarga dengan Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Sehubungan dengan ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

Bapak Prof. Dr. Samsi Haryanto, M.Pd selaku Pembimbing Utama yang selalu dengan penuh kesabaran, keramahan dan kearifan beliau senantiasa memberikan dorongan dalam proses penyelesaian Tesis ini. Tanpa kebaikan dan dorongan beliau penelitian Tesis ini mungkin tidak akan terlaksana sebagaimana yang diharapkan.

Bapak dr. Bambang Sukilarso, MS selaku Pembimbing II yang setiap saat pertemuan dengan penuh keikhlasan dan kesabaran selalu membangkitkan semangat perjuangan penulis sehingga mencapai sukses sebagaimana yang telah penulis hasilkan sekarang ini.

Bapak ...selaku Ketua Tim Penguji yang telah banyak memberikan masukan dan saran di dalam penyempurnaan tesis ini, serta Bapak ...selaku Sekretaris penguji yang juga banyak memberikan kritik maupun saran di dalam penyempurnaan tesis, sehingga memenuhi standar akademik.

Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta Bapak Prof. Drs Haris Mudjiman, MA Ph.D yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Program Magister (S2) bidang studi Kedokteran Keluarga, minat utama Pendidikan Profesi Kesehatan, dengan penuh rasa hormat penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Kepala Dinas selaku pembina Program Poliklinik Kesehatan Desa Kab. Sukoharjo Bapak dr.Suryono,M.Kes dan Bapak dr.Bambang Saptono selaku Kepala Puskesmas Polokarto yang telah memberikan ijin, kesempatan dan selalu memotivasi penulis untuk menempuh pendidikan pasca sarjana ini.

Ucapan yang sama penulis sampaikan kepada Camat Polokarto dan Kepala Desa Wonorejo yang telah memberikan ijin dan kemudahan ketika penulis berada di lapangan.

Teman-temanku seprofesi dan khusus rekan-rekan mahasiswa Program Studi Kedokteran Keluarga, Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan yang selalu

memotivasi penulis untuk maju terus dalam mencari ilmu dan mengamalkannya, serta terima kasih yang mendalam kepada seluruh perangkat dan warga desa Wonorejo yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu, atas segala bantuan dan informasinya yang telah diberikan sehingga selesainya penulisan tesis ini.

Sujud dan terima kasih yang sangat dalam penulis persembahkan kepada ibu dan bapakku atas doa restu sehingga memacu semangat untuk terus selalu dan selalu belajar sampai penulis selesai menempuh pendidikan Program Magister ini.

Sangat khusus puji dan kekaguman disertai kasih sayang yang sangat mendalam, penulis tujukan kepada suami tercinta H. Suwandi, SH dan buah hati kami Fandhi Achmad Permana dan Mahfira Dwi Nuraini yang telah memberikan dorongan, pengorbanan besar dan pengertian yang mendalam dengan penuh suka dan duka mengiringi perjuangan dalam menyelesaikan penulisan tesis ini.

Semoga semua amal kebaikan yang berupa bimbingan dan motivasi dari Bapak/Ibu, rekan-rekan dan keluarga senantiasa mendapat imbalan setimpal dari-Nya. Amin.

Penulis sangat menyadari, bahwa tesis ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun untuk penyempurnaan dalam penulisan saat sekarang dan waktu mendatang.

Akhirnya kepada Allah SWT jualah penulis serakan diri dengan segala do'a dan ampunannya.

Amin !!!

Surakarta, Januari 2008

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS	iii
PERNYATAAN	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
 BAB II KAJIAN TEORI	 9
A. Penelitian sebelumnya	9
B. Partipasi Masyarakat	11
a. Konsep Partisipasi	11
b. Klasifikasi Partisipasi	15
c. Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Desa	19
C. Pembangunan Desa	21
a. Konsep Pembangunan Desa	21
b. Pembangunan Masyarakat desa	23
c. Pebanguna model pendekatan top-down	25

d. Pembangunan model pendekatan buttom-up	26
e. Model pendekatan dalam pembangunan masyarakat	27
D. Perencanaan Pengembangan Desa	28
a. Konsep Perencanaan	28
b. Proses Perencanaan Pembangunan	32
c. Ciri-ciri dan tujuan perencanaan pembangunan	36
E. Perempuan Dalam Pembangunan	40
a. Tinjauan Umum partisipasi perempuan dalam pembangunan	40
b. Peranan perempuan dalam perencanaan pembangunan	48
F. Program Pengembangan Kecamatan (PPK)	53
a. Prinsip-prinsip PPK	54
b. Ketentuan dasar PPK	59
c. Proses Perencanaan dalam PPK	59
G. Kerangka Pikir	60
H. Pembatasan Masalah dan Definisi Operasional	63
BAB III METODE PENELITIAN	64
A. Lokasi Penelitian	64
B. Bentuk / Strategi Penelitian	66
C. Sumber Data	67
D. Teknik Pengumpulan Data	68
E. Teknik Cuplikan (Sampling)	72
F. Validitas Data	73
G. Teknik Analisis	75
H. Proses Kegiatan	76
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	80
A. Deskripsi Hasil Penelitian	80
4.1 Deskripsi Data	80
4.1.1 Keadaan Desa	80
4.1.2 Keadaan Penduduk, Pendidikan dan Jenis Pekerjaan	83

4.1.3	Agama	86
4.1.4	Organisasi Sosial Kemasyarakatan	87
4.1.5	Desa Kwangsan desa yang berpartisipasi dalam PPK	94
4.2	Partisipasi Masyarakat Dalam Perencanaan PembangunanN Desa	102
4.2.1	Partisipasi Masyarakat dalam Sosialisasi Perencanaan Pembangunan	105
4.2.2	Partisipasi masyarakat mengikuti proses perencanaan	112
4.2.3	Partisipasi masyarakat memberikan masukan pemikiran	116
4.2.4	Partisipasi masyarakat meluangkan waktu	118
4.2.5	Partisipasi swadaya dana atau material bahan bangunan	118
4.2.6	Partisipasi menikmati hasil pembangunan	120
4.3	Partisipasi Perempuan dalam Pembangunan Desa Pada PPK	124
4.3.1	Partisipasi perempuan dalam pembangunan Desa	126
4.3.2	Masyarakat obyek dan sekaligus sebagai subyek pembangunan	128
4.4	Proses Perencanaan Pembangunan Desa pada PPK	129
4.4.1	Musyawarah Antar Desa (MAD) I	130
4.4.2	Musyawarah Desa I	131
4.4.3	Penggalan gagasan di Tingkat kelompok / dusun	131
4.4.4	Musyawarah Khusus Perempuan	140
4.4.5	Musyawarah Desa Prioritas Usulan	141
4.4.6	Musyawarah Antar Desa (MAD)	142
4.5	Tanggapan Pemerintah Daerah dan Tokoh Masyarakat Lokal dengan adanya partisipasi perempuan dalam Perencanaan Pembangunan Desa pada PPK	144
4.5.1	Perencanaan Partisipatif	144

4.5.2	Partisipatif perempuan dalam pengambilan keputusan perencanaan pembangunan desa	147
4.5.3	Keputusan perencanaan pembangunan desa	148
4.5.4	Musyawarah dalam perencanaan pembangunan desa	149
B.	Pembahasan dan Analisis Hasil Penelitian	152
4.6	Partisipasi Masyarakat dalam Perencanaan Pembangunan Desa pada PPK	152
4.7	Partisipasi Perempuan Dalam Perencanaan Pembangunan Desa pada PPK	158
4.8	Proses Perencanaan Pembangunan Desa pada PPK	162
4.9	Tanggapan Pemerintah Daerah dan Tokoh Masyarakat lokal dengan adanya Partisipasi Perempuan dalam Perencanaan Pembangunan Desa pada	168
BAB V	PENUTUP	171
A.	Simpulan	171
B.	Implikasi	173
C.	Saran	175
DAFTAR	PUSTAKA	177
LAMPIRAN-LAMPIRAN		
-	Kisi-Kisi Wawancara dan Observasi	181
-	Struktur Organisasi Desa Wonorejo	186
-	Surat Pengantar	187
-	Peta Desa, Kecamatan dan Kabupaten	190
-	Peta Dokumentasi	194

DAFTAR TABEL

NO Tabel	Uraian	Halaman
Tabel 1.	Luas Wilayah desa Kwangsan Menurut Penggunaan Tanah	82
Tabel 2.	Komposisi Jumlah Penduduk menurut usia	83
Tabel 3.	Jumlah penduduk Menurut Pendidikan	84
Tabel 4.	Jumlah penduduk menurut mata pencaharian	85
Tabel 5.	Organisasi Sepak bola pemuda di tingkat Desa	93
Tabel 6.	Alokasi dana bantuan langsung masyarakat	95
Tabel 7.	Jumlah dana yang telah diterima desa Kwangsan pada PPK	97
Tabel 8.	Perkembangan pinjaman dana UEP	98
Tabel 9.	Perkembangan Pinjaman dana SPKP	99
Tabel 10.	Kelompok dan besar dana bergulir UEP di desa Kwangsan	100
Tabel 11.	Kelompok dana besar dana bergulir SPKP di desa Wangsan	102
Tabel 12.	Partisipasi Masyarakat dalam Musyawarah perencanaan pembangunan Desa pada PPK	103
Tabel 13.	Partisipasi Masyarakat dalam Sosialisasi di Tingkat Dusun	109
Tabel 14.	Pelaku PPK di Tingkat Desa Kwangsan	10
Tabel 15.	Partisipasi Masyarakat di tingkat Desa dalam musyawarah desa Sosialisasi	111
Tabel 16.	Kondisi Pembangunan Jalan di Desa Kwangsan	122
Tabel 17.	Partisipasi Kelompok Masyarakat dalam Perencanaan Pembangunan	123
Tabel 18.	Kegiatan perempuan di tingkat masyarakat	126

DAFTAR GAMBAR

NO	Uraian	Halaman
Gambar 1.	Kerangka Pikir Penelitian	62
Gambar 2.	Trianggulasi Data	75
Gambar 3.	Model analisa Interaktif	76

ABSTRAK

Tri Tuti Rahayu. S870906026, 2007. *Partisipasi Masyarakat pada Pelaksanaan Program Poliklinik Kesehatan Desa studi perawatan kehamilan dan persalinan di Desa Wonorejo, Kecamatan Polokarto, Kabupaten Sukoharjo*. Tesis. Program Studi Kedokteran Keluarga, Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret Surakarta.
 Pembimbing I: Prof.Dr.Samsi Haryanto,MPd, Pembimbing II: dr.Bambang Sukilarso,MS

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mendeskripsikan: (1)Gambaran pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa, (2)Persepsi masyarakat desa terhadap kegiatan program poliklinik kesehatan desa , (3) Bentuk-bentuk partisipasi masyarakat pada pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa,(4) Persepsi dan partisipasi masyarakat desa berkaitan dengan kondisi social,ekonomi dan budaya dalam perawatan kehamilan dan persalinan,(5) dampak persepsi dan partisipasi masyarakat terhadap program poliklinik kesehatan desa

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Lokasi penelitian adalah Desa Wonorejo, Kecamatan Polokarto. Data penelitian dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi langsung, melihat atau mencatat dokumen yang telah dilakukan bidan desa dan masyarakat pada pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa atau pertemuan yang dilaksanakan pada tingkat RT, Dusun, dan Desa. Data divalidasi menggunakan triangulasi sumber. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis model interaktif, dengan mengumpulkan data, mereduksi data, sajian data dan kesimpulan/ verifikasi.

Hasil analisis menunjukkan bahwa (1) partisipasi masyarakat dapat mendukung terwujudnya keberhasilan pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa, yang dilakukan oleh masyarakat dengan pola partisipasif telah meningkatkan tingkat efektivitas program yang bermanfaat dan berhasil guna, (2) persepsi masyarakat dalam pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa belum dapat bermanfaat secara optimal dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin (3), Bentuk partisipasi masyarakat pada kegiatan program poliklinik kesehatan desa berupa kerjasama antara bidan desa dukun bayi dan kader kesehatan dalam mengelola aspek operasional medis dari program kebidanan, sedangkan keterlibatan LKMD dan Perangkat Desa hanya dalam pengadaan tempat pelayanan diawal mulainya program (4) Tujuan intervensi program poliklinik kesehatan desa dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bersalin dilihat dari kondisi social,ekonomi dan budaya belum sepenuhnya berhasil hal ini terlihat dari tidak tercapainya cakupan pelayanan kebidanan sebagai indicator cakupan program,(5) pemerintah daerah dan tokoh masyarakat lokal memberi apresiasi baik pada partisipasi masyarakat dalam proses pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa.

ABSTRACT

Tri Tuti Rahayu. S870906026, 2007. Participate society on implementation the program of Village Health Polyclinic the study treatment of pregnancy and bear a child at the Village of Wonorejo, Subdistrict of Polokarto, Regency of Sukoharjo. Thesis. Study Program of Family Doctor, Postgraduate work, Sebelas Maret University of Surakarta. Counsellor I : Prof. Dr. Samsi Haryanto, M.Pd, Counsellor II : dr. Bambang Sukilarso, MS.

The objective of this research is to understand and description : (1) Illustration the implementation program of village health polyclinic, (2) village society perception to activity program of village health polyclinic, (3) Form participate the society to the implementation of village health polyclinic, (4) Perception and participation of village society relate to social condition, economic and cultural on the treatment of pregnancy and bear a child, (5) Perception impact and society participation to the program of village health polyclinic.

This research is the descriptive qualitative research with case approach study. The location of this research was at the Village of Wonorejo, Subdistrict of Polokarto. The research data was collected by deep interview, direct observation, observe or make a note of the document have done the village midwife and society at the implementation program of village health polyclinic or meeting executed by pillar-neighbor (RT) level, orchard, and village. The Validation data used the triangulation source. Technique of analysis data was used on this research by analysis of interactive model, by collecting the data, reduce the data, offering the data and conclusion / verification.

Result of analysis indicate that (1) participation of society can support existing of efficacy the implementation of village health polyclinic, conducted by society by participative pattern have increased the phase of worthwhile program effectiveness and utilize success, (2) society perception on implementation the program of village health polyclinic was not earned useful yet in an optimally in the effort to improve the health of pregnancy and bear a child service, (3) society participation shape at the activity of the village health polyclinic in the form of cooperation among village midwife, baby indigenous medical practitioner and health cadre in managing medical operational aspect from midwifery program while involvement of LKMD (Institute of the Village Society Resiliency) and Village Apparatus only in levying of service place in the early starting program, (4) The objective of intervention to the program of village health polyclinic in the effort to increase the health service to pregnancy and bear a child evaluated from social, economic and cultural conditions was not full succeed yet, it seem from not reached yet of coverage of midwife service as indicator of coverage program, (5) Local government and local elite figure provide the good appreciation to the society participation on the implementation process of village health polyclinic program.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 1997 adalah 334 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi (AKB) pada tahun yang sama berkisar 52 per 1000. Angka tersebut ternyata masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara-negara di ASEAN Singapura AKI 10 dan AKB 4, Malaysia AKI 50 dan AKB 12, Thailand AKI 50 AKB 32, Filipina 60 dan AKB 38 (UNFA 1998; dan WHO 1997).

Di Propinsi Jawa tengah, pada tahun 2002 angka kematian ibu berkisar 307 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi adalah 35 per 1000 kelahiran hidup. Secara garis besar penyebab kematian ibu disebabkan oleh 3 T (terlambat memutuskan, terlambat mencapai tempat pelayanan dan terlambat penanganan). Selain itu juga disebabkan oleh pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan, hal tersebut nampak dari angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan hanya berkisar 58,05 dari target 90 % .(ICPD,1994)

Kesakitan dan kematian ibu didefinisikan berdasarkan peristiwa : pertama, seorang wanita hamil. Kedua, ia menderita komplikasi pada kehamilannya dan ketiga, komplikasi tersebut menyebabkan kesakitan dan kematian ibu. Komplikasi-komplikasi pada kehamilan dan persalinan termasuk diantara sebab-sebab kematian

wanita usia reproduksi di negara berkembang yang mengakibatkan kematian sekitar setengah juta wanita setiap tahunnya. Buruknya, 99 persen fenomena ini terjadi di negara-negara berkembang (ICPD, 1994).

Mengutip Dr. Azrul Azwar (2000), ada dua penyebab tingginya angka kematian ibu hamil dan bersalin ini. Pertama : adanya penyebab langsung seperti pendarahan, preeklampsia, dan infeksi. Kedua : adanya penyebab tidak langsung seperti tingkat pendidikan rendah, persoalan gizi, masalah ekonomi, serta masalah transportasi.

Departemen Kesehatan Indonesia sebagai institusi yang paling bertanggung jawab mencoba mengatasi persoalan ini dengan menerapkan lima strategi. Strategi pertama : melalui pendekatan pemberdayaan keluarga (*Family Empowerment*) dengan memberikan penyuluhan tentang pentingnya kesehatan ibu hamil, melahirkan, dan menyusui. Strategi kedua : melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat (*Community Empowerment*) dengan mengikut sertakan masyarakat untuk berperan aktif atau berpartisipasi posyandu dan polindes untuk pelayanan perawatan kehamilan dan menolong persalinan normal. Strategi ketiga : melalui pendekatan penguatan lintas sektoral (*Strengthening Cross Sector Corporation*) dengan melibatkan sektor terkait untuk ikut menangani masalah kesehatan seperti BKKBN, Depsos dan Pemda setempat. Strategi keempat : meningkatkan cakupan pelayanan oleh fasilitas kesehatan standar dengan cara meningkatkan mutu dan keterjangkauan pelayanan. Strategi kelima: dengan pendekatan perbaikan manajerial (*Capacity Building*) termasuk didalamnya struktur dan jaringan rujukan dan pendeteksian awal

kehamilan maupun persalinan beresiko tinggi (Azrul Azwar,2000). Bagaimanakah penerapan berbagai strategi ini ditengah masyarakat dan *out put* yang dihasilkannya ?

Pemerintahan Indonesia menyadari penting dan krusialnya upaya penurunan angka kematian ibu ini. Upaya ini merupakan bagian yang cukup peka dalam rancangan umum pembangunan kesehatan “Menuju Indonesia Sehat 2010” yang secara rinci menyajikan usaha-usaha menyeluruh dalam peningkatan kesehatan masyarakat (Satoto, 2001). Mengikuti suatu gerakan *safe motherhood* yang dicanangkan WHO sejak tahun 1987 telah diluncurkan berbagai program *making pregnancy safer* yang secara spesifik bertujuan untuk menekan angka kesakitan dan kematian ibu selama masa hamil, bersalin, dan pasca bersalin.

Program ini mengingatkan bahwa kesakitan dan kematian maternal dapat dicegah dengan melalui salah satu dari tiga mekanisme berikut : pencegahan kehamilan, pencegahan terjadinya komplikasi selama kehamilan, dan manajemen komplikasi yang memadai. Ketiga hal ini harus didukung oleh jaminan tersedianya dan terjangkauanya pelayanan kesehatan oleh klien.

Di negara berkembang termasuk Indonesia selama beberapa dekade terakhir telah mengalami perkembangan dalam jumlah penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat. Persoalannya, sebagaimana yang ditemukan adalah meningkatnya jumlah fasilitas tidak selalu diikuti oleh aksesibilitas pelayanan oleh masyarakat sasaran. (Timyan dkk , 1997). Dari 130 juta kelahiran pertahun di negara berkembang hanya 50 persen saja yang dintangani oleh petugas medis terlatih. Hal ini terjadi bukanlah karena tidak diperkenalkannya teknologi kesehatan modern kepada

masyarakat tetapi lebih lagi karena sistim pelayanan kesehatan secara keseluruhan tidak atau belum diadaptasi dengan baik (Iskandar dkk, 1996; Rosenfield dan Maine, 1985).

Di pedesaan kebanyakan ibu hamil hanya melakukan satu kali pemeriksaan kehamilan selama periode kehamilannya yang biasanya dilakukan setelah trimester kedua dari kehamilan atau 20 minggu usia kehamilan. Pemeriksaan yang dilakukan pada usia kehamilan tersebut menyulitkan intervensi untuk pengobatan anemia maupun kebutuhan untuk imunisasi (Jacobson, 1997; Iskandar, 1996; Yulkardi, 2001).

Kemajuan yang diharapkan dari peningkatan jumlah maupun pemanfaatan fasilitas oleh ibu selama hamil dan bersalin tidak semata terletak pada kebutuhan untuk menemukan teknik kedokteran baru ataupun fasilitas kesehatan baru, namun juga diperlukan komitmen dan kebijakan politik yang berorientasi pada kepekaan pemenuhan kebutuhan klien hingga dapat memperluas cakupan populasi yang terjangkau oleh layanan. (Freedman dan Maine, 1997), mengatakan bahwa besarnya ancaman kesakitan-kematian pada wanita dalam masa-masa reproduksi terutama di negara berkembang merupakan ancaman yang tidak pernah dialami oleh kaum pria sehingga pemecahan masalah ini tidak hanya sekedar penyediaan sumber daya yang sama besarnya.

Selanjutnya (Freedman dan Maine, 1997) mendiskusikan bahwa tantangan untuk mengurangi kematian wanita dalam masa reproduksi dapat dipahami melalui dua tahap. Tahap pertama : harus ada pengetahuan yang jelas mengenai resiko khusus kesehatan kaum wanita dan kesepakatan umum tentang intervensi yang perlu

dilakukan untuk mengurangi kematiannya. Tahap kedua : harus ada komitmen politik bagi gagasan bahwa kesehatan wanita penting karena kaum wanita penting. Artinya, penderitaan dan kematian wanita selama dalam masa reproduksi bukanlah sebuah resiko yang “alamiah” bagi wanita, investasi pembangunan dalam upaya mengurangi kesakitan dan kematian maternal haruslah sama banyaknya dengan investasi pembangunan kesehatan bagi kaum pria. Para perencana kebijakan kesehatan harus merubah cara pandang terhadap kehidupan wanita dengan satu visi baru yang lebih adil.

Di Indonesia sendiri telah lama disusun strategi perbaikan kesehatan untuk wanita, khususnya ibu dan bayi mulai dari tataran konsep dan kebijakan hingga perangkat pelaksanaan yang melibatkan lintas sektoral. Sejak konferensi *the safe motherhood* di Nairobi tahun 1987 pemerintah Indonesia mencanangkan suatu program baru dengan ditempatkannya bidan-bidan muda yang baru menyelesaikan pendidikannya ke desa-desa diseluruh pelosok wilayah Indonesia sejak tahun 1989 (Depkes RI, 1989). Menempatkan bidan didesa merupakan mata rantai penting upaya pemerintah dalam mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Bidan desa di poliklinik kesehatan desa adalah ujung tombak pelayanan kesehatan ditingkat bawah yang menjadi bagian integral dari pelayanan obstetri secara keseluruhan. Meskipun begitu bidan diberi wewenang yang terbatas yaitu hanya bertanggungjawab terhadap manajemen persalinan dan nifas dalam keadaan normal. Dalam keadaan dengan resiko atau gawat darurat, bidan harus mengadakan konsultasi atau rujukan kepada unit pelayanan yang lebih berwenang.

Penekanan program bidan desa adalah pada konsep promosi yang pada waktu itu dikenal sebagai program penyuluhan kesehatan atau program komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Tiga hal penting yang dicakup konsep ini adalah melakukan advokasi, menciptakan situasi kondusif yang mendukung terjadinya perubahan perilaku dan pemberdayaan peran serta masyarakat. Dalam program ini bidan desa ditempatkan didesa-desa yang sulit dijangkau pelayanan kesehatan. program ini dirancang untuk secara bertahap memperbaiki akses dan kualitas pelayanan kesehatan maternal. Direncanakan sebanyak 18.900 bidan desa akan ditempatkan dalam jangka waktu lima tahun dari tahun 1989 sampai dengan tahun 1994 dan akan ditambah lagi sebanyak 34.000 bidan desa yang akan ditempatkan dari tahun 1995 hingga tahun 1996 (Tjiong , 1989). Pada tahun ini juga program menargetkan bahwa setiap desa telah memiliki satu bidan desa yang diharapkan menetap di desa tersebut (Gunawan , 1996).

Upaya mencapai target menetapnya bidan desa di desa, pemerintah kemudian menindaklanjuti dengan program pengadaan poliklinik kesehatan desa (PKD) yang dimulai tahun 1995, Pengadaan PKD dimaksudkan sebagai institusi dan secara fisik merupakan bangunan tempat bidan desa tinggal dan sekaligus tempat pelayanan kesehatan.

Poliklinik kesehatan desa sebagai lini pertama pelayanan kesehatan yang tersentuh oleh tenaga profesional diharapkan dapat membantu menyelesaikan permasalahan tingginya AKI, AKB, angka kesakitan, angka kematian akibat komplikasi obstetri atau akibat lainnya, dengan mengatasi berbagai kesenjangan yang

ada, antara lain : *pertama* kesenjangan geografis dalam memperoleh pertolongan persalinan yang bersih dan aman, sehingga masyarakat pedesaan dapat memperoleh pelayanan kesehatan tersebut, *kedua* kesenjangan informasi mengenai kesehatan ibu dan anak serta perilaku hidup bersih dan sehat pada umumnya. Adanya poliklinik kesehatan desa mengakibatkan masyarakat dapat memperoleh informasi yang dibutuhkan untuk menjaga diri agar tetap sehat. *Ketiga* kesenjangan sosial budaya. Adanya poliklinik kesehatan desa akan menumbuhkan terjalinnya hubungan yang akrab antara perawat bidan dan masyarakat, tokoh masyarakat, kader dan dukun bayi. *Keempat* kesenjangan ekonomi dalam mendapatkan pelayanan keperawat bidan profesional. Dengan penentuan tarif pelayanan persalinan yang ditentukan secara musyawarah antara perawat bidan pengelola dengan wakil masyarakat desa (Baperdes, PKK, dll), diharapkan semua masyarakat akan mampu memanfaatkan poliklinik kesehatan desa. *Kelima* Kesenjangan dalam memperoleh pelayanan rujukan. Dengan adanya poliklinik kesehatan desa diharapkan akan meningkatkan dan mempercepat rujukan yang karena kegawatdaruratan masalah keperawat bidanan dan bayi, sehingga kasus kegawatdaruratan tersebut akan dapat teratasi dengan cepat dan lebih baik.

Harapannya, akan tumbuh partisipasi masyarakat dalam bentuk mendirikan poliklinik kesehatan desa di setiap wilayah desa. Dengan memanfaatkan perawat bidan yang ada di desa untuk mengelola Poliklinik Kesehatan Desa, maka dapat diharapkan dapat terjadi pemerataan pelayanan kesehatan, sehingga akan menurunkan angka kesakitan, angka kematian, AKI, AKB dan menaikkan angka harapan hidup.

Penelitian yang dilakukan oleh Litbangkes dan Dit PSM Binkesmas Depkes RI mengenai studi operasional akselerasi poliklinik kesehatan desa di Jawa Tengah (1998) diketahui bahwa peningkatan pertumbuhan Poliklinik Kesehatan Desa belum diikuti dengan peningkatan cakupan persalinan. Dari 81,2 persen Poliklinik Kesehatan Desa yang terwujud baru menghasilkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kurang dari 10 persen, sementara target yang dicanangkan 70 persen (Rahajeng, 1999).

Sementara itu, suatu laporan penelitian lain tentang Poliklinik Kesehatan Desa di Klaten Jawa Tengah, menemukan tiga permasalahan utama Poliklinik Kesehatan Desa yaitu masalah rendahnya realisasi fisik disertai sebaran yang tidak merata, rendahnya kualifikasi, serta tidak berjalannya aspek UKBM atau peranserta masyarakat yang artinya gagalnya Poliklinik Kesehatan Desa menjadi aset desa (Yulkardi, 2001).

Sejak tahun 1993 hingga tahun 2000 di kabupaten Klaten Jawa tengah telah ditempatkan 240 bidan desa pada 224 desa diseluruh wilayah kabupaten (Yulkardi, 2001). Penelitian tersebut juga melaporkan bahwa jumlah bidan desa tersebut pada kenyataannya tidak diikuti oleh jumlah pengadaan Poliklinik Kesehatan Desa. Hingga tahun 2000 pengadaan Poliklinik Kesehatan Desa di kabupaten ini hanya terealisasi 41,12 persen saja dan pada beberapa kasus di kecamatan tertentu realisasinya hanya 18,2 persen, sementara tingkat pemanfaatan untuk perawatan kehamilan lengkap dan perawatan nifas oleh bidan desa hanya 5,8 persen dari seluruh kehamilan dan persalinan yang ada pada saat itu.

Demikian pula untuk Kabupaten Sukoharjo dari jumlah 176 bidan desa yang ditempatkan pada 167 desa hanya 41,91 persen realisasi pengadaan poliklinik kesehatan desa dan tingkat pemanfaatan untuk pelayanan kebidanan hanya 17,96 persen

Dengan adanya berbagai permasalahan seperti yang telah diuraikan, peneliti tertarik untuk memahami situasi dan kondisi yang terjadi dilapangan, untuk mengetahui bagaimanakah pelaksanaan program Poliklinik Kesehatan Desa, bagaimana persepsi warga masyarakat desa terhadap program Poliklinik Kesehatan Desa ,bagaimana bentuk-bentuk partisipasi masyarakat desa berkaitan dengan kondisi sosial, ekonomi, dan budayanya dalam perawatan kehamilan dan persalinan, serta bagaimana dampak persepsi dan partisipasi masyarakat terhadap program Poliklinik kesehatan Desa untuk mencapai tujuan.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, maka masalah pokok yang akan dikaji pada penelitian ini adalah :

1. Bagaimana pelaksanaan kegiatan program Poliklinik Kesehatan Desa di desa ?
2. Bagaimana persepsi warga masyarakat desa terhadap kegiatan program Poliklinik Kesehatan Desa ?

3. Bagaimana bentuk-bentuk partisipasi masyarakat pada program kegiatan Poliklinik Kesehatan Desa ?
4. Sejauh mana persepsi dan partisipasi masyarakat desa berkaitan dengan kondisi sosial, ekonomi dan budaya dalam perawatan kehamilan dan persalinan ?

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan program Poliklinik Kesehatan Desa selama ini.
2. Untuk mengetahui persepsi warga masyarakat desa berupa pandangan, sikap terhadap kegiatan program Poliklinik kesehatan Desa dan manfaatnya di desa selama ini.
3. Untuk mengetahui berbagai bentuk partisipasi warga pada kegiatan program Poliklinik Kesehatan Desa.
4. Untuk mengetahui keberkaitan antara persepsi dan partisipasi warga masyarakat pada kegiatan program Poliklinik Kesehatan Desa dengan kondisi sosial, ekonomi dan budaya dalam perawatan kehamilan dan persalinan.

D. MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini berupa laporan deskripsi mengenai pelaksanaan program Poliklinik Kesehatan Desa , manfaat penelitian ditetapkan berdasarkan tujuan yang hendak dicapai. Secara umum manfaat penelitian diharapkan menghasilkan suatu pemahaman mengenai dinamika diintervensikannya program Poliklinik Kesehatan Desa oleh masyarakat desa sehingga dapat dipahami aspek kekuatan dan aspek kelemahan program serta dapat menemukan cara yang lebih sesuai dalam mencapai hasil maksimal sehingga sangat bermanfaat bagi para perencana dan pelaksana program

1. Bagi peneliti, dapat memberikan kejelasan informasi tentang pelaksanaan program Poliklinik Kesehatan Desa, penelitian ini dapat memberikan pengalaman empiris yang sangat berarti, dan dapat digunakan sebagai pijakan untuk kegiatan penelitian lebih lanjut maupun sebagai bahan inovasi dalam melaksanakan program dimana peneliti bertugas.
2. Bagi masyarakat, penelitian ini dapat memberikan pemahaman tentang manfaat Poliklinik Kesehatan Desa sebagai salah satu bentuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat , khususnya dalam perawatan kehamilan dan persalinan di desa.
3. Bagi pengambil kebijakan, khususnya yang terkait dengan program kesehatan ibu dan anak, hasil penelitian ini dapat menjadi masukan yang

berharga bagi kebijakan baru sebagai upaya perbaikan sistem, yang secara umum menghasilkan suatu pemahaman mengenai dinamika diintervensikannya program Poliklinik kesehatan Desa pada masyarakat desa sehingga dapat dipahami aspek kekuatan dan aspek kelemahan program serta dapat menemukan cara yang lebih sesuai dalam mencapai hasil maksimal sehingga dapat memperluas pandangan dalam perencanaan rancangan program kegiatan yang lebih tepat sesuai dengan latar belakang sosial ekonomi dan budaya masyarakat sasaran program.

BAB II

KAJIAN TEORI DAN KERANGKA PIKIR

A. KAJIAN TEORI

Program perubahan terencana selalu mengandung suatu bentuk inovasi dan setiap usaha inovasi akan berhadapan dengan serangkaian masalah sosial budaya dimana inovasi bertemu dengan kondisi lokal. Dinamika pertemuan itu dalam proses tersebut tidak serta merta diikuti dengan adopsi dari nilai-nilai baru yang dibawa program inovasi, tapi lebih sering dalam bentuk masalah dimana inovasi terkadang ditolak atau hanya diadopsi secara parsial.

Masalah yang timbul bukan hanya bersumber pada kebudayaan masyarakat penerima yang menjadi sasaran program inovasi, tetapi dapat juga berasal dari program itu sendiri atau dari kebudayaan birokrasi dan keprofesionalan para petugas inovasi. Kenyataan ini sebagai konsekuensi dari proses interaksi yang terjadi antara inovasi dan keseluruhan perangkat operasionalnya dengan masyarakat sasaran. Dalam hal inovasi dibidang kesehatan yang dirangkum dalam bentuk program perubahan terencana proses interaksi itu meliputi pelayanan medis oleh tenaga profesional program, yang sekaligus juga memperkenalkan kepada masyarakat ide dan praktek-praktek baru dalam perilaku kesehatan.

Inovasi dalam proyek-proyek pembangunan kesehatan yang selalu merupakan representasi dari sistim kesehatan negara-negara maju diintervensikan di negara-

negara yang lebih terbelakang atau belum maju. Kedua pihak ini berhadapan dalam hal-hal yang diawali oleh ciri-ciri objektif-subjektif, rasional-irrasional, naturalistik-personalistik hingga perilaku tindakan yang preventif berhadapan dengan kecenderungan kuratif. Meskipun terdapat pemahaman yang sama tentang hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan namun keseluruhan pengalaman dalam menghadapi hal-hal sangat berbeda dari kedua visi tersebut.

Kehamilan dan persalinan didalam lingkaran hidup manusia diharapkan karena memastikan prokreasi manusia dalam kehidupan melalui keturunannya. Pandangan umum lainnya bahwa kehamilan dan persalinan memiliki potensi-potensi yang patologik bagi wanita karena periode ini dilalui dengan kondisi-kondisi yang rawan dan rentan, lemah, perdarahan dan banyaknya keluar cairan tubuh yang secara ekstrim dapat berakibat kematian. Potensi dan kondisi patologik ini dapat mengganggu fungsi sosial seseorang berkaitan dengan kompleks peranan yang dimainkannya sehingga keberlangsungan kehidupan sosial dalam komunitasnya terancam (Logam, 1978; Landy, 1979; dan Foster-Anderson, 1986).

Kondisi-kondisi umum dari peristiwa kehamilan persalinan tersebut diinterpretasikan berbeda menurut kebudayaan yang berbeda. Pada banyak masyarakat pedesaan di negara-negara Asia misalnya pengalaman ini bermuatan magis keagamaan, bersifat personal dan merupakan pengalaman yang akrab bagi anggota keluarga lainnya. Perawatan sejak awal kehamilan terjadi hingga pasca kehamilan biasa dilakukan di rumah dengan dibantu seorang dukun bayi. Pada kesempatan itu anggota keluarga seperti ibu, suami, serta saudara dan kerabat

memainkan peranan tertentu sebagai penyembuh. Fenomena ini memperlihatkan bahwa peristiwa kehamilan dan persalinan sebagai suatu gejala sosial (Mac Cormack, 1982; Foster-Anderson, 1973, 1994).

Berbeda halnya dengan masyarakat industri yang sudah maju seperti di Amerika dan Eropa Barat. Kemajuan yang dicapai oleh perkembangan pengetahuan yang ditandai oleh modernisasi dan urbanisasi telah memisahkan peristiwa kehamilan dan persalinan dari pengalaman personal menjadi suatu gejala medis. Tindakan-tindakan depersonal dan birokrasi kedokteran merupakan suatu arbiter yang sangat berwenang mencakupi prosedur ketat dari aktivitas-aktivitas yang sinkron dari suatu sistim obstetri. Fenomena ini diiringi dengan semakin berkurangnya otoritas dan peranan keluarga serta menghilangnya pemenuhan kebutuhan yang bersifat mental dan transendental dari ritual-ritual sekitar kehamilan dan persalinan (Foster dan Anderson 1986, 1973, Lupton, 1994; Shore dan Wright, 1997; Mac Cormack, 1982, Good, 1994).

Kedua pengalaman ini menghasilkan rangkaian perilaku yang berbeda dan menunjukkan suatu kualitas yang berlainan dari out put perilaku tersebut. Menggunakan standar dan ukuran-ukuran statistik mengandung perbedaan mengenai tingginya angka resiko yang dialami ibu dan bayi di pedesaan negara-negara non-Barat dibandingkan dengan angka resiko rendah yang terus diminimalisir pada ibu dan bayi di negara-negara industri maju (Barat). Hal ini telah dikaitkan diantaranya dengan rendahnya pengetahuan formal tentang kondisi suci hama (steril) atau ketidaktahuan tentang bagaimana berfungsinya keseluruhan sistim tubuh

manusia yang membenarkan kenyataan tingginya resiko selama kehamilan dan persalinan bagi ibu serta besarnya ancaman bagi kerentanan bayi yang baru dilahirkan. Pada saat seperti itu seringkali sistim pengobatan dan perawatan lokal dan tindakan-tindakan magis tidak lagi memadai untuk mengatasi kekasipannya (Foster, 1986:155-163).

Dalam kerangka program pembangunan kesehatan yang digerakkan oleh pemerintah, sering menempatkan problema kesehatan tradisional dan modern dalam perspektif dikotomis yang berlawanan arah. Model konflik kepercayaan ini menjelaskan masalah penolakan atau hambatan dalam proses inovasi dikarenakan adanya pertentangan keyakinan mengenai hal-hal yang hanya dapat diatasi oleh dukun tradisional serta hal-hal yang hanya dapat diatasi oleh dokter. Beberapa pilihan yang dibuat oleh masyarakat berada diantara kedua sistim tersebut disamping berkembangnya suatu variasi yang cukup luas dari pengobatan dan perawatan alternatif (Foster, 1973; Foster-Anderson, 1986).

Mengenai hal ini (Kalangie 1994:9) dengan mengutip (Polgar,1962) menjelaskan bahwa suatu inovasi tidak dapat serta merta diadopsi oleh kultur luar yang berlainan. Inovasi tidak mungkin dapat mengganti atau membarui pengetahuan, kepercayaan, nilai dan norma dari latar belakang kultur yang berbeda secara keseluruhan. Polgar sebagaimana yang diuraikan Kalangie menjelaskan bahwa perubahan sistim pengetahuan lokal maupun perilaku kesehatan tidak terjadi dengan cara menggantikannya dengan hasil dari proses komunikasi dalam kerangka waktu. Proses ini menurut Polgar sebenarnya berlangsung terus menerus melalui atau tanpa

melalui suatu program inovasi terencana dengan hasil yang mungkin cepat atau lambat terjadi.

Foster,1973:82-130) menjelaskan dikotomi ini dalam konsep *barrier stimulant model* yaitu adanya faktor pendorong dan faktor kendala dalam suatu upaya inovasi (perubahan kebudayaan). Dalam modelnya ini Foster mengemukakan suatu kerangka teoritis dari konsep mengenai kendala dan stimulan bahwa setiap program perubahan kebudayaan terencana mencakup tiga pokok perhatian yaitu : pertama, masyarakat penerima program; kedua, organisasi dan birokrasi yang menjalankan program dan program tersebut; dan ketiga, interaksi antara masyarakat penerima dan organisasi yang memperkenalkan inovasi tersebut.

Lebih jauh mengenai kerangka teorinya ini Foster menguraikan bahwa, faktor kendala terhadap perubahan tidak hanya terdapat pada kebudayaan masyarakat penerima tetapi juga pada kebudayaan organisasi dan profesional program. Sedangkan faktor stimulan untuk menjelaskan bahwa masyarakat manapun di dunia ini mendapat pengaruh dari berbagai faktor seperti jender, ekonomi, pendidikan, politik, pemerintahan, migrasi, komunikasi, transportasi hingga masalah *tourisme*.

Foster dan Anderson (1986) menjelaskan bahwa proses perubahan tingkah laku dari suatu sistem medis ke sistem medis yang lain atau pengambilan keputusan diantara sejumlah pilihan baik yang dilakukan oleh individu maupun kelompok didasarkan kepada pertimbangan pragmatis dan empiris, Foster lebih jauh menjelaskan paradigma ini bahwa terjadinya inovasi individu ataupun inovasi kelompok dan berubahnya laku praktek kalangan masyarakat adalah jika terdapat

sejumlah pertimbangan yaitu : pertama, jika masyarakat sasaran melihat keuntungan dibidang ekonomi, status sosial, psikologi, dan kesehatan dapat menerima hal itu. Kedua, apabila biaya-biaya ekonominya sesuai dengan kemampuan praktek-praktek baru. Ketiga, apabila biaya-biaya sosialnya tidak melebihi keuntungan –keuntungan yang diterima.

Tahap penerimaan gagasan baru akan mensyaratkan diperlukannya sejumlah proses seperti proses pembelajaran, proses penyeleksian, penyesuaian, dan pengadaptasian, serta tahap terakhir adalah terjadinya pewarisan dimana terdapat unsur-unsur *ou put* sebagaimana yang diharapkan terjadinya atau tidak terjadi atau munculnya penolakan (Kalangie, 1994). Proses ini menurut Kalangie lagi dapat berlangsung pada derajat kecepatan yang berbeda antara satu sistim sosial tertentu dengan sistim sosial yang lainnya.

Sebagai alat analisis adalah perilaku perawatan kehamilan persalinan yang merupakan suatu sub-sistim dari pranata kesehatan. Sebagaimana sistim-sistim budaya lainnya, pranata kesehatan adalah sistim yang juga bersifat kompleks. Suatu sistim merupakan entitas yang tersusun dari berbagai unsur, unit atau komponen lain yang secara integral dan teratur menyangga keseimbangan sistim tersebut. Relasi dan hubungan yang terjadi diantara satuan-satuan unit dalam sistim bersifat teratur dan berkesinambungan karena satuan unit tersebut bersifat fungsional antara yang dengan lainnya. Perubahan pada salah satu unit secara langsung atau tidak langsung akan mempengaruhi elemen-elemen lainnya (Johnson, 1986:226).

Interaksi yang sistemik ini dalam perilaku atau budaya manusia bersifat prosedural dan resiprokal terhadap lingkungan fisik dan sosial. Suatu sistem selalu berkaitan dengan pengertian fungsi yang secara timbal balik berguna untuk memelihara keseimbangan entitas sistemiknya (Bennet, 1978 via Lahajir, 2001;50). Sebagaimana sistem budaya lainnya yang terdapat dalam masyarakat sistem kesehatan juga memiliki fungsi adaptif yang penting bagi masyarakat. Fungsi adaptif ini sering tidak disadari meskipun jelas memberikan sumbangan penting bagi kesejahteraan masyarakat. Suatu subsistem perawatan kesehatan tidak hanya memiliki arti penting bagi si sakit tapi juga merupakan suatu dasar dimana peran sosial sakit dapat dimainkan seperti : beristirahat dari tekanan psikologis dan sosial, mendapatkan perhatian dan dapat menjadi suatu cara untuk mengawasi tingkah laku orang lain (Foster dan Anderson, 1986;53).

Sistem kesehatan merupakan organisasi yang kaya dan kompleks yang memberikan banyak peranan dan tujuan, pengetahuan tentang penyakit dan rasa sakit mencerminkan bagian dari pola-pola dan nilai dasar kebudayaannya. Dengan memandang konteks yang luas dari suatu lingkungan sosial budaya maka tingkah laku sehat dari sekelompok masyarakat dapat dipahami (Foster dan Anderson, 1986:58).

Perawatan kehamilan dan proses persalinan merupakan suatu sub-sistem pranata kesehatan yang fungsional dan adaptif untuk menanggulangi dislokasi sosial yang disebabkan kondisi patologisnya. Sifat adaptif ini berasal dari pola-pola pranata sosial dan tradisi budaya menyangkut perilaku yang disengaja untuk meningkatkan

kesehatan. Meskipun hasil dari tingkah laku itu belum tentu menghasilkan sistim kesehatan yang baik. Sistim medis sendiri diartikan sebagai mencakup semua kepercayaan tentang usaha meningkatkan kesehatan serta pengetahuan ilmiah dan ketrampilan anggota-anggota kelompok yang mendukung sistim tersebut (Foster dan Anderson, 1986:45).

1. Partisipasi Masyarakat Dalam Pelaksanaan Program Poliklinik Kesehatan Desa

a. Pengertian Partisipasi

Keith Davis dan Jihn W. Newstrom (1990:179) mengartikan partisipasi sebagai keterlibatan mental dan emosional orang - orang dalam situasi kelompok yang mendorong mereka untuk memberikan kontribusi kepada pencapaian tujuan kelompok dan berbagai tanggung jawab dalam pencapaian tujuan itu. Pendapat tersebut tidak begitu berbeda dengan pendefinisian menurut Pariata Westra (1987:17) yang menyatakan bahwa “partisipasi adalah penyertaan pikiran dan emosi dari pckcrjaan ke dalam situasi kelompok yang mendorong agar mereka menyumbangkan kemampuan ke arah tujuan kelompok yang bersangkutan dan ikut serta bertanggung jawab atas kelompoknya”. Dari pendapat di atas, ada tiga gagasan penting yaitu : Keterlibatan mental dan emosional.

Dalam hal ini keterlibatan bersifat psikologis ketimbang fisik. Perbedaan partisipasi yang didasarkan pada aktivitas atau didasarkan pada ego-psikologis dapat dilihat dari apakah tindakan tersebut dilakukan karena tugas, anjuran atau perintah

yang ditetapkan baginya atau apakah tindakan tersebut dilakukan atas dasar kesadaran dan kesediaan pribadi.

1). Motivasi kontribusi.

Partisipasi akan memotivasi seseorang untuk memberikan kontribusi. Dengan kerelaan hati orang - orang akan menyalurkan inisiatif dan kreativitas mereka guna mencapai tujuan organisasi. Partisipasi berbeda dari kesepakatan yang hanya menggunakan kreativitas manajer yang mengajukan gagasan kepada kelompok untuk mereka sepakati. Dengan begitu para penyepakat tidak memberikan kontribusi, mereka sekedar menyetujui.

2). Tunjang terima tanggung jawab.

Partisipasi mendorong orang - orang untuk menerima tanggung jawab dalam aktivitas kelompok. Kemajuan kelompok adalah kemajuan orang - orang dalam kelompok tersebut. Jadi mereka bertanggung jawab atas maju mundurnya kelompok.

Sejak jaman Orde Baru partisipasi masyarakat telah dicoba untuk digalakkan dengan berbagai alasan. Sebagian orang menganggap bahwa partisipasi masyarakat dalam pembangunan harus atau bahkan mutlak dilakukan berdasarkan pertimbangan praktis karena masyarakat sendirilah yang paling tahu kebutuhan mereka. Hal ini didukung dengan kenyataan di lapangan dimana banyak hasil pembangunan tidak dimanfaatkan kelompok sasarannya hanya karena mereka sejak awal tidak dilibatkan dalam proses-proses pengambilan keputusan yang langsung menyangkut kehidupan mereka sehingga hasil pembangunan tidak sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Sebagian lagi beranggapan bahwa partisipasi masyarakat dalam pembangunan harus

diterapkan berdasarkan pertimbangan yang lebih konseptual seperti, antara lain, adanya anggapan yang melihat partisipasi merupakan wujud nyata dari penerapan demokrasi atau bahkan ada yang lebih mendasar yang beranggapan bahwa pada dasarnya manusia itu unik dan mereka. Jadi kebahagiaan seseorang tidak mungkin ditentukan oleh orang lain tanpa terlebih dahulu bertanya atau berkonsultasi kepada yang bersangkutan.

Ada tiga alasan utama mengapa partisipasi masyarakat mempunyai sifat penting. Pertama, partisipasi masyarakat merupakan suatu alat guna memperoleh informasi mengenai kondisi, kebutuhan dan sikap masyarakat setempat yang tanpa kehadirannya program pembangunan serta proyek - proyek akan gagal. Kedua, bahwa masyarakat akan lebih mempercayai proyek atau program pembangunan jika merasa dilibatkan dalam proses persiapan dan perencanaannya, karena mereka akan lebih mengetahui seluk beluk proyek tersebut dan akan mempunyai rasa memiliki terhadap proyek tersebut. Ketiga, partisipasi menjadi penting karena timbul anggapan bahwa merupakan suatu hak demokrasi, jika masyarakat dilibatkan dalam pembangunan masyarakat. (Suparjan dan Hempri, 2003:53).

Dengan adanya reformasi, istilah partisipasi menjadi begitu sangat terkenal, sekalipun dalam metode penelitian, pendekatan partisipatif sudah berkembang sejak akhir tahun 80-an. Namun, seiring perubahan rezim itu, berubah pula cara berpikir dan pendekatan dalam pembangunan. Apalagi setelah adanya otonomi daerah, hampir segala aktivitas pembangunan kemudian dilaksanakan dengan apa yang

disebut dengan pendekatan partisipatif, pembangunan partisipatif dan segala macam hal disebut partisipatif.

Sutrisno, 2000 :76 berpendapat bahwa “partisipasi adalah kesediaan untuk membantu setiap program sesuai kemampuan setiap masyarakat tanpa berarti mengorbankan kepentingan diri sendiri”. Partisipasi menurut (Davis, 1992) mendefinisikan sebagai “keterlibatan mental atau pikiran dan emosi atau perasaan seseorang di dalam situasi kelompok yang mendorongnya untuk memberikan sumbangan kepada kelompok dalam usaha mencapai tujuan serta turut bertanggung jawab terhadap usaha yang bersangkutan”. Ada tiga ide dasar yang dikemukakan Davis, yaitu (a) partisipasi itu keterlibatan mental dan emosi. Jadi bukan sekedar aktivitas fisik atau lahiriyah saja. Keterlibatan seseorang dalam kelompok lebih bersifat psikologis daripada fisik. Oleh sebab itu keterlibatannya bukan hanya di dalam suatu tugas akan tetapi berupa keterlibatan diri, (b) ide dari partisipasi adalah memotivasi seseorang untuk memberikan sumbangan yang diwujudkan dalam kesempatan untuk mengembangkan inisiatif dan kreativitas kearah tercapainya tujuan kelompok. Sehingga partisipasi mempunyai sumbangan dalam memanfaatkan inisiatif dan kreativitas dari seluruh anggota kelompok, (c) ide partisipasi adalah mendorong seseorang agar menerima tanggung jawab dalam aktivitas kelompok. Partisipasi merupakan proses sosial di antara yang menginginkan kerja berhasil. Perasaan kebersamaan lebih menonjol dalam menghadapi problema kerja daripada kepentingan diri sendiri. Dengan adanya partisipasi dapat mendorong masyarakat lebih bertanggung jawab secara sosial.

Berdasarkan beberapa pendapat para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa partisipasi pada hakikatnya adalah bentuk keterlibatan seseorang dalam sebuah program pembangunan yang dalam hal ini adalah program Raskin. Partisipasi tidak terfokus pada pengumpulan dana saja, tetapi juga proses pengambilan keputusan, perencanaan program, pelaksanaan, pemanfaatan hasil, evaluasi, dan pengendalian. Pengertian partisipasi tidak dipahami secara sempit sehingga individu dan masyarakat yang berpartisipasi merasa memiliki dan akan berperan serta secara aktif.

Partisipasi merupakan hal yang penting dalam keterlanjutannya suatu program pembangunan. Namun partisipasi sendiri ternyata dipahami dengan berbagai cara sehingga selanjutnya menjadi memiliki berbagai makna pula. FAO (1986) mencatat beberapa arti partisipasi seperti : 1) kontribusi sukarela tanpa ikut dalam pengambilan keputusan; 2) pemekaan masyarakat dalam menerima dan melaksanakan pengambilan keputusan; 3) proses aktif dalam mengambil inisiatif; 4) pemantapan dialog antara masyarakat setempat dengan pelaksana pogram dari luar; 5) keterlibatan sukarela masyarakat dalam perubahan yang ditentukan sendiri; dan 6) keterlibatan masyarakat dalam pembangunan diri, kehidupan dan lingkungan mereka sendiri. Namun pada dasarnya partisipasi harus berangkat dari suatu pemahaman dimana setiap orang berhak memutuskan bagi dirinya sendiri bagaimana dia hidup.

Jenis dan bentuk partisipasi

Partisipasi masyarakat memiliki banyak bentuk, mulai dari yang berupa keikutsertaan langsung masyarakat dalam program pemerintahan maupun yang

sifatnya tidak langsung, seperti berupa sumbangan dana, tenaga, pikiran, maupun pendapat dalam pembuatan kebijakan pemerintah. (Carolina, 2005 : 1).

Namun demikian, ragam dan kadar partisipasi seringkali hanya ditentukan secara pasif; yakni dari banyaknya individu yang dilibatkan. Padahal partisipasi masyarakat pada hakikatnya akan berkaitan dengan akses masyarakat untuk memperoleh informasi. Hingga saat ini partisipasi masyarakat masih belum kegiatan tetap dan terlembaga khususnya dalam pembuatan keputusan. Sejauh ini, partisipasi masyarakat masih terbatas pada keikutsertaan dalam pelaksanaan program-program atau kegiatan pemerintah, padahal partisipasi masyarakat tidak hanya diperlukan pada saat pelaksanaan tapi juga mulai tahap perencanaan bahkan pengambilan keputusan.

Empat jenis partisipasi yang dikemukakan oleh Cohen dan Uphoff (Ndihara, 1990 : 16) yaitu :

1. Partisipasi dalam pengambilan keputusan, terutama berkaitan dengan alternatif tujuan dari suatu rencana program. Partisipasi dalam pengambilan keputusan bermacam-macam seperti kehadiran dalam rapat, sumbangan pikiran, gagasan diskusi dan lain-lain. Dengan demikian partisipasi dalam pengambilan keputusan merupakan proses pemilihan alternatif berdasarkan musyawarah untuk mufakat.
2. Partisipasi dalam pelaksanaan merupakan kelanjutan dari rencana yang telah disepakati sebelumnya, baik yang berkaitan dengan perencanaan, pelaksanaan dan tujuan. Di dalam tahap pelaksanaan suatu program sangat dibutuhkan keterlibatan berbagai unsur, khususnya pemerintah dalam kedudukannya sebagai lokus atau sumber utama usaha peningkatan mutu.

3. Partisipasi dalam mengambil manfaat, yang tidak terlepas dari kualitas maupun kuantitas hasil pelaksanaan program yang bisa dicapai. Dari segi kualitas akan ditandai dengan adanya peningkatan output, sedangkan dari segi kuantitas dapat dilihat dari besar prosentase keberhasilan program yang dilaksanakan.
4. Partisipasi dalam evaluasi bertujuan untuk mengetahui apakah pelaksanaan program telah sesuai dengan rencana dan sejauh mana hasilnya dapat memenuhi kebutuhan masyarakat atau ada penyimpangan. Partisipasi ini lebih mengedepankan tindakan preventif. Dengan demikian diharapkan pelaksanaan suatu program dapat sesuai aspirasi masyarakat.

Kemudian jenis-jenis partisipasi yang dikemukakan oleh Sastro Poetro (1998) antara lain sebagai berikut :

1. Partisipasi buah pikiran yang diberikan dalam bentuk pemikiran, gagasan, rapat dan pertemuan dll.
2. Partisipasi yang diberikan dalam bentuk uang atau kekayaan.
3. Partitiipasi yang diberikan dalam bentuk tenaga, mengemukakan ketrampilan atau ilmu yang dimiliki.
4. Partisipasi sosial diberikan semata-mata sebagai tanda paguyuban.

Dalam sebuah komunitas yang bermanfaat bagi masyarakat ditandai adanya dua aktivitas. *Pertama*, adanya partisipasi masyarakat anggota komunitas itu dalam memecahkan permasalahan sosial yang dihadapi bersama. *Kedua*, adanya intensitas

dalam membentuk organisasi sosial yaitu kemampuan untuk mengantar dirinya secara kolektif. (Agung Laksono, 2005 : 18)

Supaya berbagai jenis partisipasi dapat terwujud, maka masyarakat harus – bergerak untuk berpartisipasi. Smith dan Blustain (Ndraha, 1990) mengemukakan bahwa masyarakat akan berpartisipasi jika :

1. Partisipasi dilakukan melalui organisasi yang sudah dikenal atau yang sudah ada di tengah masyarakat.
2. Partisipasi memberikan manfaat langsung kepada masyarakat yang bersangkutan.
3. Manfaat yang diperoleh melalui partisipasi itu dapat memenuhi kepentingan masyarakat setempat.
4. Dalam proses partisipasi itu terjamin adanya kontrol yang dilakukan oleh masyarakat.

Dalam proses berpartisipasi, peranan kelembagaan lokal seperti pemerintahan desa dan lembaga-lembaga tradisional yang hidup di masyarakat sangat penting. Kegiatan dan aktivitas lembaga-lembaga tersebut sekaligus dinamikanya, sejalan dengan waktu dan perkembangan masyarakat itu sendiri, turut menentukan sikap anggota masyarakat untuk sampai pada keputusan untuk berpartisipasi. Hal ini terkait pula dengan pengetahuan anggota masyarakat di lokasi (*indigenous knowledge*) yang dijadikan objek program. Kesesuaian antara kegiatan-kegiatan yang akan diaplikasi dan dengan apa yang akan mereka terima dan alami nantinya, seyogyanya sejalan dengan apa yang bisa mereka lakukan. Bila tidak, proses partisipasi terhadap program Raskin sulit diharapkan

d. Indikator Partisipasi

Partisipasi tidak sekedar fisik saja, selama ini ada kesan bahwa masyarakat dikatakan sudah berpartisipasi ketika sudah terlibat secara fisik, seperti mengikuti penyuluhan, mengikuti kerja bakti. Esensi yang terkandung dalam partisipasi sebenarnya tidak sesempit itu. Inisiatif dan sumbang saran dari warga masyarakat dapat dikatakan sebagai wujud partisipasi.

Bintoro Tjokoroamidjojo dan Suparjan (2003 : 58) mengungkapkan bahwa kaitan partisipasi masyarakat dengan pembangunan sebagai berikut :

1. Keterlibatan aktif atau partisipasi masyarakat tersebut dapat berarti keterlibatan dalam proses pencntuan arah, strategi dan kebijaksanaan pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah. Hal ini terutama berlangsung dalam proses politik tetapi juga dalam proses sosial hubungan antara kelompok - kelompok kepentingan dalam masyarakat.
2. Keterlibatan dalam memikul beban dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan pembangunan. Hal ini dapat berupa sumbangan dalam memobilisasi sumber sumber pembiayaan dalam pembangunan, kegiatan produktif yang serasi, pengawasan sosial atas jalannya pembangunan dan lain-lain.
3. Keterlibatan dalam memetik hasil dan manfaat pembangunan secara berkeadilan. Bagian - bagian daerah maupun golongan - golongan masyarakat tertentu dapat ditingkatkan keterlibatannya dalam bentuk kegiatan produktif mereka melalui perluasan kesempatan dan pembinaan - pembinaan tertentu.

Kemudian (Hempri,2003 : 59) menyatakan bahwa dalam hal partisipasi ini, masyarakat hendaknya perlu dilibatkan dalam tiap proses pelaksanaan , yaitu:

1. Identifikasi permasalahan, dimana masyarakat bersama dengan perencana ataupun pemegang otoritas kebijakan tersebut mengidentifikasikan persoalan dalam diskusi kelompok, *brain storming*, identifikasi peluang, potensi dan hambatan.
2. Proses perencanaan, dimana masyarakat dilibatkan dalam penyusunan rencana dan strategi dengan berdasar pada hasil identifikasi.
3. Pelaksanaan proyek pembangunan.
4. Evaluasi, yaitu masyarakat dilibatkan untuk menilai hasil pembangunan yang telah dilakukan, apakah pembangunan memberikan hasil guna (kemanfaatan bagi masyarakat) ataukah justru masyarakat dirugikan dengan proses yang telah dilakukan merupakan inti dari proses evaluasi ini.
5. Mitigasi, yakni kelompok masyarakat dapat terlibat dalam mengukur sekaligus mengurangi dampak negatif pembangunan.
6. Monitoring, tahap yang dilakukan agar proses pembangunan yang dilakukan dapat berkelanjutan. Dalam tahap ini, juga dimungkinkan adanya penyesuaian-penyesuaian berkaitan dengan situasi dan informasi terakhir dari program pembangunan yang telah dilaksanakan.

Dalam konsep partisipasi terkandung makna persepsi. Persepsi merupakan pemahaman masyarakat atas program Poloklinik kesehatan desa. Sebagai cara pandang, persepsi timbul karena adanya respon terhadap stimulus. Stimulus yang

diterima seseorang sangat kompleks, stimulus masuk ke dalam otak, kemudian diartikan, ditafsirkan makna melalui proses yang rumit baru kemudian dihasilkan persepsi (Atkinson dan Hilgard, 1991 : 209).

Dalam hal ini, persepsi mencakup penerimaan stimulus (*inputs*), organisasi stimulus dan penerjemahan atau penafsiran stimulus yang telah diorganisasi dengan cara yang dapat mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap, sehingga orang dapat cenderung menafsirkan perilaku orang lain sesuai keadaannya sendiri (Gibson, 1986: 54).

Thoha (2004:142) menyatakan bahwa “persepsi adalah suatu proses kognitif yang kompleks dan menghasilkan suatu gambar unik tentang kenyataan kali sangat berbeda dari kenyataannya”.

Persepsi adalah proses individu dalam menyeleksi, mengorganisir dan menginterpretasikan stimulasi ke dalam suatu gambaran yang berarti dan koheren dengan dunia sekitarnya (Robbins, 1991 : 26).

Atkinson dan Hilgard (1991: 201) mengemukakan bahwa “persepsi adalah proses dimana kita menafsirkan dan mengorganisasikan pola stimulus dalam lingkungan”.

Persepsi adalah proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh seorang individu. Dikarenakan persepsi bertautan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang kejadian pada saat tertentu, maka persepsi terjadi kapan saja stimulus menggerakkan indera. (Gibson dan Donely, 1994: 53).

Dalam hal ini persepsi diartikan sebagai proses mengetahui atau mengenali obyek dan kejadian obyektif dengan bantuan indera (Chaplin,1989:358).

Persepsi selalu berkaitan dengan pengalaman dan tujuan seseorang pada waktu terjadinya proses persepsi. Ia merupakan tingkahlaku selektif dan bertujuan (Sutopo,2002 : 181).

Dalam hal ini, persepsi merupakan proses pencapaian makna. Makna tersebut akan menentukan kesanggupan seseorang untuk terlibat dan berpartisipasi pada kegiatan Raskin. Persepsi masyarakat miskin dalam berbagai upaya penanggulangan kemiskinan harus diarahkan pada keyakinan bahwa masyarakat miskin mempunyai potensi dan keinginan untuk berkembang (Hartono, 2004).

Persepsi, menurut (Rakhmat Jalaludin,1998: 51), adalah “pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan”

Menurut Ruch (1967: 300), “persepsi adalah suatu proses tentang petunjuk petunjuk inderawi (*sensory*) dan pengalaman masa lampau yang relevan diorganisasikan untuk memberikan kepada kita gambaran yang terstruktur dan bermakna pada suatu situasi tertentu”.

Persepsi sebagaimana dimaksudkan dalam banyak kepustaktaann adalah dinamika yang terjadi dalam diri seseorang bagaimana mendengar, mencium, melihat, merasa atau bagaimana seseorang memandang suatu obyek dengan melibatkan berbagai aspek kepribadian. Hal ini dimaksudkan sebagai suatu proses

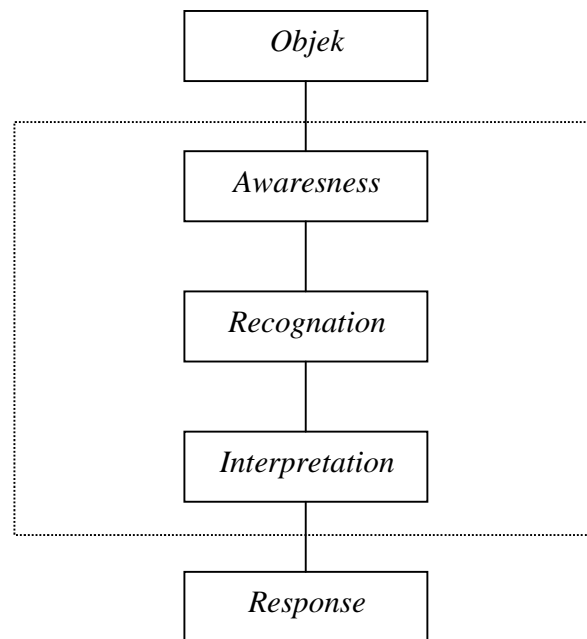
psikologis yang terjadi akibat adanya kontak antara organisme dengan lingkungannya. (Mathenson dan Halim, 2003 : 71).

Melalui persepsi, seseorang dapat mengenali dunia di sekitarnya, yaitu dunia yang terdiri atas benda, manusia dan kejadian - kejadian. Kejadian - kejadian itu dapat berupa sistem budaya, norma - norma masyarakat atau berbagai kenyataan sosial. Persepsi merupakan proses mental bagi individu tentang kesadaran dan reaksinya terhadap stimulus. Kata - kata individu menurut (Silverman,1971:276) sangat penting diperhatikan dalam mendiskusikan persepsi, karena persepsi merupakan aspek yang calngat penting dari tingkah laku. Dengan demikian berarti bahwa persepsi itu terkait antara individu dengan lingkungan sekelilingnya atau lingkungan sekitarnya.

(Travers ,1982:29) memberikan definisi :

“Process through which the living organism maintains contact with the environment”. Persepsi merupakan suatu proses organisme kehidupan memelihara hubungan melalui lingkungan. Hubungan ini dipelihara berkaitan dengan masalah manusia melalui sistem indera tubuh yang komplek untuk menerima informasi dari bagian lingkungan.

Persepsi itu sendiri pada dasarnya terdiri dari beberapa proses yang unik seperti tergambar berikut :



Gambar 1

**Kerangka Acuan Proses Persepsi (Sumber: Griffin dan
Morhead , 2003 : 75)**

Dari gambar di atas dapat dijelaskan bahwa stimulus membuat individu menyadari akan obyek. Setelah ia mengetahui obyek, ia menginterpretasikan arti dari obyek tersebut. Dari interpretasi timbul suatu respon yang dapat berupa tindakan lahiriah atau berupa perubahan dalam sikap atau kedua-duanya oleh karena itu persepsi bukanlah suatu proses yang berdiri sendiri, akan tetap merupakan hal yang kompleks dan interaktif. (Halim, 2003 : 75).

Persepsi masyarakat terhadap program poliklinik kesehatan desa adalah merupakan kemampuan individu dalam memberikan sikap, pemahaman, pengetahuan serta tanggapan terhadap pelaksanaan program tersebut, sehingga diketahui proses keterlibatan diri, sumbangan dan tanggungjawab dalam rangka berpartisipasi dalam pelaksanaan program. Persepsi timbul karena adanya dua faktor baik internal maupun eksternal. Faktor internal antaranya tergantung pada proses pemahaman sesuatu termasuk di dalamnya sistem nilai tujuan, kepercayaan dan tanggapannya terhadap hasil yang dicapai. Faktor eksternal berupa lingkungan. Kedua faktor ini menimbulkan persepsi karena didahului oleh suatu proses yang dikenal dengan komunikasi. Demikian pula proses komunikasi ini terselenggara dengan baik atau tidak tergantung persepsi masing - masing orang yang terlibat dalam proses komunikasi tersebut. (Thoha, 2004 : 139).

Proses pembentukan persepsi dijelaskan oleh Feigi dalam Yusuf (1991: 108) sebagai pemaknaan hasil pengamatan yang diawali dengan adanya stimuli. Setelah mendapat stimuli, pada tahap selanjutnya terjadi seleksi yang berinteraksi dengan "*interpretation*", begitu juga berinteraksi dengan "*closure*". Proses seleksi terjadi pada saat seseorang memperoleh informasi, maka akan berlangsung proses penyeleksian pesan tentang mana pesan yang dianggap penting dan tidak penting. Proses *closure* terjadi ketika hasil seleksi tersebut akan disusun menjadi satu kesatuan yang berurutan dan bermakna, sedangkan interpretasi berlangsung ketika yang bersangkutan memberi tafsiran atau makna terhadap informasi tersebut secara

menyeluruh. Menurut (Asngari, 1994: 12-13) pada fase interpretasi ini, pengalaman masa silam atau dahulu. memegang peranan yang penting.

Faktor-faktor fungsional yang menentukan persepsi seseorang berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu dan hal-hal lain termasuk yang kita sebut sebagai faktor-faktor personal. Yang menentukan persepsi bukan jenis atau bentuk stimuli, tetapi karakteristik orang yang memberi respon terhadap stimuli. (Rakhmat 1998: 55).

Gibson (1986 : 54) menyatakan bahwa “ persepsi meliputi juga kognisi (pengetahuan), yang, mencakup penafsiran objek, tanda dan orang dari sudut pengalaman yang bersangkutan”.

Selaras dengan pernyataan tersebut Kreeh, dkk dalam Sri Tjahjorini Sugiharto (2001: 19) mengemukakan bahwa “ persepsi seseorang ditentukan oleh dua faktor utama, yakni pengalaman masa lalu dan faktor pribadi”.

Proses perencanaan dan pengambilan keputusan dalam program pembangunan kerap kali dilakukan dari atas ke bawah. Rencana program pengembangan masyarakat biasanya dibuat di tingkat pusat (atas) dan dilaksanakan oleh instansi propinsi dan kabupaten. Masyarakat sering kali diikutikan tanpa diberikan pilihan dan kesempatan untuk memberi masukan. Hal ini biasanya disebabkan adanya anggapan bahwa untuk mencapai kemampuan untuk menganalisa kondisi dan merumuskan persoalan serta kebutuhan-kebutuhannya. Dalam visi ini masyarakat ditempatkan pada posisi yang membutuhkan bantuan dari luar.

Program yang dilakukan dengan pendekatan dari atas ke bawah sering tidak berhasil dan kurang memberi manfaat kepada masyarakat. Karena masyarakat kurang terlibat

sehingga mereka merasa kurang bertanggung jawab terhadap program dan keberhasilannya. Bantuan yang diberikan menciptakan ketergantungan yang pada gilirannya akan lebih menyusahkan masyarakat dari pada menolongnya. Bantuan tersebut kadang-kadang tidak sesuai kebutuhan dan prioritas masyarakat. Dalam pelaksanaan suatu program pengentasan kemiskinan, harus dilandasi dengan prinsip humanistik-egaliter yaitu persamaan hak bagi masyarakat, sehingga pelaksanaan program mampu memberikan wujud nyata dalam meningkatkan kesejahteraan keluarga dalam masyarakat.

b. Pengertian Poliklinik Kesehatan Desa

Poliklinik Kesehatan Desa adalah suatu upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dibentuk oleh, untuk dan bersama masyarakat setempat atas dasar musyawarah desa/keludrahan yang didukung oleh tenaga kesehatan profesional untuk melakukan upaya kesehatan promotif, preventif dan kuratif, sesuai dengan kewenangannya dibawah pembinaan teknis Puskesmas.

Maksud Poliklinik Kesehatan Desa

- 1). Menggerakkan pembangunan desa berwawasan kesehatan, artinya bahwa berbagai pembangunan yang ada harus memasukkan pertimbangan dampak kesehatan dalam semua kebijakan pembangunan. Dengan kata lain semua pembangunan harus memberi kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat.
- 2). Memperdayakan masyarakat dalam upaya kesehatan. Hasil akhir dari pemberdayaan masyarakat adalah kemandirian masyarakat dalam upaya kesehatan; artinya segala upaya fasilitas yang bersifat non instruksional untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalah kesehatan dengan memanfaatkan potensi yang ada di

desa / kelurahan setempat tanpa tergantung pada bantuan dari luar. Pengelola di Poliklinik Kesehatan Desa harus melakukan intervensi pemberdayaan pada masyarakat desa/kelurahan di wilayahnya.

- 3) Memberikan pelayanan kesehatan dasar; artinya Poliklinik Kesehatan Desa memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (kebidanan) serta pelayanan kesehatan dasar sederhana sesuai kewenangannya dengan tujuan untuk pertolongan pertama dalam penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan serta mempercepat proses rujukan.

Tujuan Poliklinik Kesehatan Desa

- 1) Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
- 2) Meninggalkan pemberdayaan individu, keluarga dan masyarakat dalam upaya kesehatan, sehingga mempercepat terwujudnya Desa Sehat. Pemberdayaan dilakukan dengan intervensi melalui Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang berbasis keluarga (*family based health education*).
- 3) Memperluas jangkauan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar, pertolongan pertama dalam penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan dan pelayanan kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya.

Fungsi Poliklinik Kesehatan Desa

- 1). Sebagai tempat untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan masyarakat.
- 2). Sebagai tempat untuk melakukan pembinaan kader/pemberdayaan masyarakat serta forum komunikasi pembangunan pembangunan kesehatan di desa.

- 3). Sebagai tempat memberikan pelayanan kesehatan dasar termasuk kefarmasian sederhana untuk deteksi dini dan penanggulangan pertama kasus kegawatdaruratan.

Kedudukan Poliklinik Kesehatan Desa

Poliklinik Kesehatan Desa berada disuatu wilayah desa/kelurahan dan merupakan asset (milik) desa/kelurahan. Selain itu Poliklinik Kesehatan Desa merupakan bagian dari Sistem Kesehatan Desa (SKD) yang didukung oleh upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat lain yang ada. Sistem Kesehatan Desa merupakan bagian integral dari Sistem Kesehatan Kabupaten.

Wewenang Pelayanan Kesehatan Poliklinik Kesehatan Desa

Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di Poliklinik Kesehatan Desa ada 2 (dua), yaitu :

Pelayanan Kesehatan yang dilakukan didalam gedung

- a. Memberikan konseling masalah kesehatan
- b. Pemberian kehamilan, termasuk memberikan immunisasi TT pada ibu hamil dan deteksi resiko tinggi pada kehamilan
- c. Pertolongan persalinan normal dan persalinan dengan resiko sedang
- d. Memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas dan ibu menyusui
- e. Memberikan pelayanan kesehatan, neonatal, bayi, anak, balita dan anak pra sekolah serta immunisasi dasar pada bayi.
- f. Memberikan pelayan KB
- g. Mendeteksi dan memberikan pertolongan pertama pada kehamilan dan persalinan yang beresiko tinggi.
- h. Penanganan pertama pada kecelakaan dan bencana alam.
- i. Pelayanan kesehatan dasar sederhana dalam upaya deteksi dini dan keagawatdaruratan.
- j. Pemantauan tumbuh kembang anak

- k. Pelayanan gizi yang mencakup pemberian PMT, Pembagian paket pertolongan gizi, seperti : pemberian tablet Fe dan Vit. A.
- l. Perawatan Balita gizi buruk yang menolak dirujuk ke Puskesmas/RS
- m. Membuat catatan dan melaporkan semua kegiatan secara berkala ke Puskesmas setempat.
- n. Memberikan pertolongan pertama kasus-kasus rujukan UKBM lain atau dari masyarakat.
- o. Merujuk kasus-kasus yang bukan wewenang KE Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar gedung, meliputi :

- a. Melakukan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk KIE baik secara perorangan maupun kelompok untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan secara mandiri.
- b. Melakukan kunjungan rumah dan perawatan kesehatan masyarakat lainnya.
- c. Pengamatan penyakit di wilayah agar tidak terjadi wabah alat KLB
- d. Membina kader kesehatan (Posyandu, Desa Wisma, Bina Keluarga Balita, UKK, dll).

Unsur Pendukung Poliklinik Kesehatan Desa

- B. Adanya partisipasi aktif masyarakat
 - 1. Menyiapkan lokasi dan bangunan fisik Poliklinik Kesehatan Desa
 - 2. Menyelenggarakan dan mengorganisir kegiatan Poliklinik Kesehatan Desa.
 - 3. Mengusahakan masuknya anggaran penyelenggaraan Poliklinik Kesehatan Desa dalam Anggaran Pendapatan Desa melalui Baperdes.

4. Mengusahakan adanya system pembinaan kesehatan yang dilakukan masyarakat secara berkeadilan. Besarnya tarif(ratribusi) dimusyawaratkan antara pihak desa dengan pengelola Poliklinik Kelurahan Desa.
5. Aktif mengikuti kegiatan-kegiatan forum komunikasi pembangunan kesehatan. Adanya PKD akan menjadikan sarana/tempat untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan yang ada diwilayah.

C. Adanya tenaga kesehatan di desa

PKD dikelola oleh tenaga kesehatan (tenaga teknis) di desa dan bersedia secara penuh tinggal di Poliklinik Kesehatan Desa atau berdomisili di wilayah PKD yang dikelolanya. Tenaga kesehatan pengelola PKD juga harus dibantu oleh masyarakat (kader kesehatan, PKK, kader desa wiswa, dll.)

D. Adanya sarana dan prasarana Poliklinik Kesehatan Desa (termasuk obat-obatan).

1. Bangunan PKD :

- a. Bangunan tidak harus baru, dapat menggunakan asset milik desa berupa bangunan yang sudah ada, misal : ruang dari balai desa, bekas rumah dinas Kepala Sekolah SD, bekas kantor PKK (dengan renovasi / dan penambahan bangunan baru).
- b. Memiliki ruang pemeriksaan dan terpisah dari ruang keluarga
- c. Memenuhi syarat rumah sehat
- d. Mudah dijangkau kendaraan roda dua dan roda empat untuk memudahkan transportasi rujukan.

2. Peralatan minimal di PKD :

- a. Peralatan Medis (Bidan Kit, PKD Kit, dll)
- b. Perabotan / alat-alat harus bersih
- c. Tempat tidur beserta perlengkapannya untuk pemeriksaan
- d. Lemari obat, Meja dan Kursi
- e. Bahan habis pakai (kapas, plester, sabun, dll)

- f. Media penyuluhan (poster, leaflet, lembar balik, dll)
- g. Formulir untuk pencatatan
- h. Buku-buku panduan

E. Pembiayaan

Biaya pelayanan kesehatan dan biaya operasional PKD diupayakan melalui :

1. Musyawarah bersama antar pengelola PKD serta ditetapkan dengan Keputusan Desa
2. Pra Upaya, misal : Tabulin, Dana Sehat

Tanggungjawab, Hak Dan Kewajiban Poliklinik Kesehatan Desa

F. Tanggung-jawab PKD :

1. Tanggungjawab Wilayah : PKD bertanggungjawab meningkatkan derajat kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Tanggungjawab Keterpaduan : PKD mengupayakan keterpaduan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan, mulai dari tahap perencanaan sampai dengan evaluasi.
3. Tanggungjawab Pemberdayaan : PKD bertanggungjawab dalam pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan.
4. Tanggungjawab pelayanan kesehatan deteksi dini, kegawat darurat dan rujukan sesuai kemampuan.

G. Hak PKD

1. PKD berhak mendapatkan pembinaan, baik pembinaan teknis kesehatan maupun manajemen pengelolaan PKD.
2. PKD berhak mendapat Alokasi Anggaran Pendapatan Desa untuk pemeliharaan, baik pemeliharaan bangunan peralatan atau lainnya.
3. Pengelola berhak mendapatkan pelatihan-pelatihan yang dilakukan oleh sector terkait.

4. Pengelolaan PKD berhak mendapatkan jasa pelayanan sesuai dengan hasil kesepakatan dengan pihak pemerintah desa.

H. Kewajiban PKD :

1. PKD berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka upaya deteksi dini, kegawat daruratan dan merujuk pasien sesegera mungkin, apabila menemukan kasus-kasus beresiko tinggi diluar kewarganegaraannya.
2. Pengelola PKD berkewajiban membuat catatan dan melaporkan semua kegiatan secara berkala ke puskesmas setempat dengan tembusan ke DKK.
3. Pengelola PKD berkewajiban membuat catatan dan melaporkan kondisi kesehatan masyarakat di wilayahnya secara berkala ke puskesmas setempat dengan tembusan ke DKK.
4. Pengelola PKD berkewajiban merujuk apabila ada pasien yang dalam keadaan di luar batas kemampuan dan wewenangnya ke unit pelayanan yang lebih mampu.
5. PKD berkewajiban memenuhi persyaratan yang harus dipenuhi dalam mendirikan Poliklinik Kesehatan Desa.

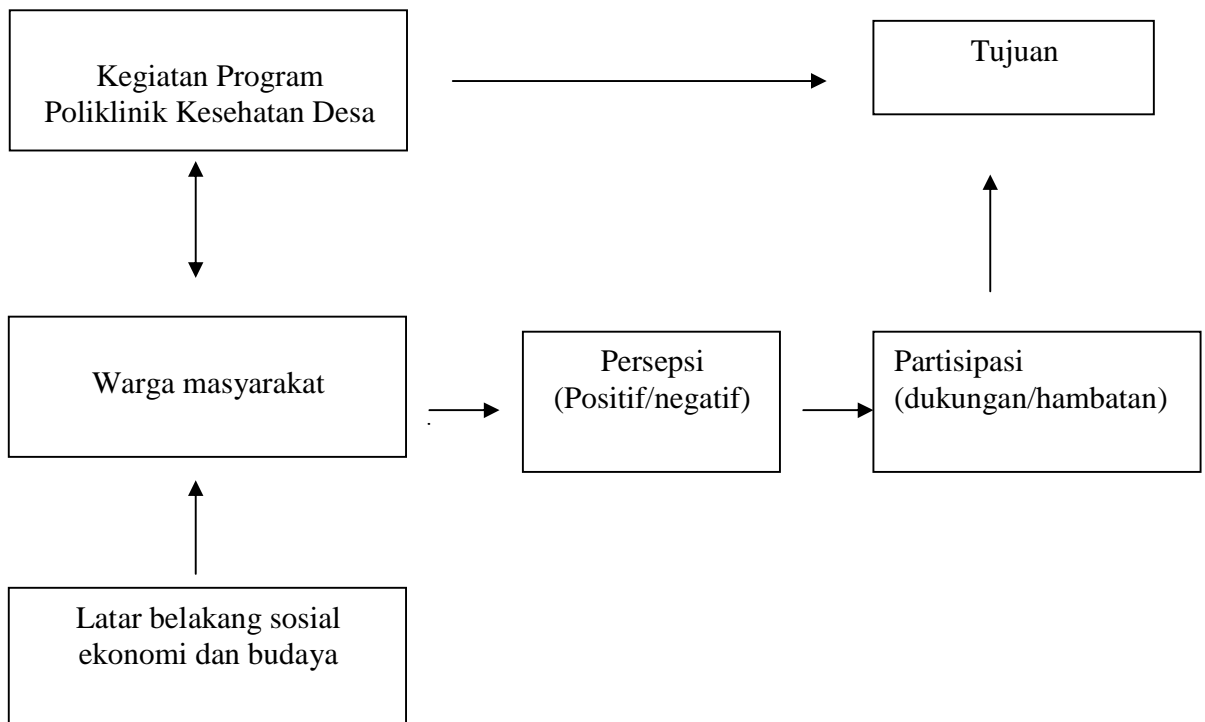
Pembinaan, Pengawasan Dan Sanksi

Pembinaan dan pengawasan teknis medis Poliklinik Kesehatan Desa (sebagai Institusi) dilakukan oleh Puskesmas di wilayah kerjanya serta Organisasi Profesi. Pola pembinaan administrasi dan manajemen PKD dalam kedudukannya sebagai lembaga UKBM dibawah Koordinator Kepala Desa.

Apabila terjadi pelanggaran pada ketentuan tersebut (wewenang dan kewajiban), maka pengelola dapat dikenakan sanksi administratif atau ketentuan pidana sesuai peraturan perundang-undangan.

B. KERANGKA PIKIR

Secara singkat kerangka pikir bagi penelitian ini dapat digambarkan dengan skema sebagai berikut :



Sebagai kejelasan kerangka pikir tersebut, bahwa dalam hal kegiatan program Poliklinik Kesehatan Desa, perbedaan latar belakang sosial ekonomi dan budaya yang terdapat pada masyarakat tiap desa akan mempengaruhi terjadinya perbedaan makna sebagai hasil persepsi warga masyarakat dalam berinteraksi dengan program Poliklinik Kesehatan Desa. Aspek-aspek sosial budaya yang telah disebutkan didepan , menjadi landasan dalam pembentukan makna persepsi masyarakat terhadap Pliklinik Kesehatan desa. Semakin positif makna persepsi mereka terhadap kegiatan tersebut

akan semakin tinggi kesiapan mereka untuk berpartisipasi. Demikian pula sebaliknya, bila persepsi mereka negatif mereka akan enggan untuk berpartisipasi secara aktif. Kondisi persepsi dan partisipasi masyarakat ini secara jelas akan membawa dampak terhadap program Poliklinik Kesehatan desa dalam mencapai tujuannya.

BAB III

METODE PENELITIAN

Metodologi adalah proses, prinsip, dan prosedur yang digunakan untuk mendekati problem dan mencari jawaban (Mulyana, 2002:148). Dalam penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif, menurut Moleong (2004:2) bahwa pendekatan kualitatif lebih mudah apabila berhadapan dengan kenyataan ganda yaitu metode ini menyajikan secara langsung hakekat hubungan antara peneliti dan informan, serta metode ini lebih tepat dalam memahami proses atau pola nilai yang berlaku. Berbagai hal yang berkaitan dengan metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini, dapat dijelaskan secara singkat sebagai berikut :

A. LOKASI PENELITIAN

Lokasi atau tempat penelitian adalah desa Wonorejo Kecamatan Polokarto yang terletak di kawasan paling utara kabupaten Sukoharjo. Desa ini merupakan salah satu desa yang pernah diteliti berkenaan studi evaluasi Poliklinik Kesehatan Desa di tiga kecamatan kabupaten Sukoharjo tahun 1999 – 2000.

Poliklinik Kesehatan Desa di desa Wonorejo telah ada sejak tahun 1996 dan hingga peninjauan lapangan dilakukan kembali (Mei 2007), Poliklinik Kesehatan Desa masih menumpang pada sebuah ruang milik PKK di kantor desa. Dari penelitian sebelumnya oleh Yulkardi (2001) dilaporkan bahwa Poliklinik Kesehatan

Desa lebih banyak dimanfaatkan untuk pengobatan umum sementara untuk pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan masih banyak ibu yang menggunakan layanan dari dukun bayi atau layanan dari seorang mantri kesehatan senior yang berpraktek keliling. Bidan desa mengungkapkan bahwa dari 37 orang ibu bersalin tahun 2005-2006 di desa tersebut 27 persen saja yang datang meminta pertolongan bidan dengan persalinan yang dilakukan di rumah. Artinya tidak pernah ada persalinan yang dilakukan di Poliklinik Kesehatan Desa (Yulkardi, 2001).

Pemilihan lokasi ini berdasarkan pada pertimbangan sebagai berikut:

1. Tradisi rapat atau pertemuan di tingkat RT, dusun undangan yang disampaikan masih bersifat undangan jawilan (tanpa undangan resmi) masyarakat sudah banyak yang datang.
2. Adanya pertemuan rutin setiap selapanan (setiap 35 hari) di tingkat RT, Dusun, yang dilakukan oleh forum ibu-ibu dan bapak-bapak pada semua RT dan dusun, yang dalam pertemuan diantaranya membahas poliklinik kesehatan desa sebagai sarana kesehatan yang ada di Desa.
3. Partisipasi masyarakat dan motivasi yang tinggi dalam pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa membawa desa ini lebih cepat maju dalam membangun desanya di bidang kesehatan.
4. Kepala desa sebagai anggota paguyuban forum Kepala Desa sekabupaten Sukoharjo dan aparat desa berperan aktif dalam melakukan pelayanan pada masyarakat serta tokoh masyarakat aktif dalam membangun hubungan antara masyarakat dan aparat desa.

5. Tingginya partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa
6. Keterlibatan masyarakat dalam musyawarah untuk pengambilan keputusan sangat baik, ini terbukti banyaknya usulan kegiatan dari masyarakat yang lolos untuk diajukan sebagai program pembangunan desa dibidang kesehatan..
7. Geografis desa Wonorejo yaitu daerah dataran dan sebagian besar lahan di peruntukan lahan pertanian, penghasilan masyarakat sebagian besar dari tani, dan buruh tani.

B. STRATEGI DAN BENTUK PENELITIAN

Strategi dan bentuk penelitian berdasarkan permasalahan yang diajukan dalam penelitian ini, akan lebih menekankan pada masalah partisipasi masyarakat pada pelaksanaan program poliklinik kesehatan di desa Wonorejo kecamatan polokarto, dan pada penelitian ini yang paling banyak di soroti adalah partisipasi perempuan pada pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa. Adapun masyarakat yang akan diteliti adalah tokoh masyarakat,ibu hamil, ibu bersalin,bidan desa, kader serta warga masyarakat. Jenis penelitian dengan strateginya yang terbaik adalah menggunakan penelitian deskriptif yaitu penelitiannya mengarah pada pendiskripsian secara rinci dan mendalam mengenai

potret kondisi tentang apa yang sebenarnya menurut apa adanya di lapangan tempat studi. Penelitian ini mampu menangkap berbagai informasi secara deskriptif, teliti, dan penuh nuansa dari masyarakat, karena penulis secara penuh waktu akan tinggal bersama masyarakat di lokasi penelitian, sehingga di dalam pengumpulan data melalui sumber data dapat dilakukan langsung dengan masyarakat. Penelitian deskriptif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan/ melukiskan keadaan subyek/ obyek penelitian (orang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana adanya (Hadari Nawawi 1998:63). dengan demikian dalam penelitian ini peneliti dapat merekam proses partisipasi masyarakat pada pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa secara komprehensif, dan data yang diperoleh merupakan data dengan deskripsi langsung dari masyarakat. Sehingga data yang diperoleh lebih berharga dari pada sekedar pernyataan jumlah atau pun frekuensi dalam bentuk angka.

Peneliti memandang berbagai masalah selalu di dalam kesatuannya, tidak terlepas dari kondisi yang lain menyatu dalam satu konteks. Berbagai variabel yang dikaji dalam penelitian ini tak bisa dipelajari dan dipahami secara terpisah dari keterkaitan di dalam konteks keseluruhannya. Seperti yang dinyatakan oleh Spiegelberg (Sutopo, 2002:74), bahwa deskripsi mempersyaratkan suatu usaha dengan keterbukaan pikir untuk merumuskan obyeknya yang sedang dipelajari. Dalam hal ini perlu melibatkan kegiatan penelusuran obyek untuk menemukan dan menafsir berbagai unsur hubungan antar mereka. Sifat penelitian ini mampu

memperlihatkan secara langsung hubungan transaksi antara peneliti dengan yang diteliti yang memudahkan pencairan kedalam makna. Sehingga lebih peka dan dapat disesuaikan dengan pengkajian bentuk pengaruh dan pola nilai-nilai yang mungkin dihadapi.

C. SUMBER DATA

Sumber data adalah subyek dari mana data diperoleh (Arikunto, 1996). Begitu pentingnya sumber data sehingga betapapun menariknya suatu permasalahan atau topik penelitian, maka ia tidak akan punya arti karena tidak bisa diteliti dan dipahani (Sutopo, 2002). Menurut Lofland dalam Moleong (2004:157) sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah *kata-kata, dan tindakan*, selebihnya adalah dalam tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Dan dalam penelitian ini data atau informasi yang penting untuk dikumpulkan dan dikaji dalam penelitian ini sebagian besar berupa data kualitatif. Informasi tersebut akan digali dari beragam sumber data yang akan dimanfaatkan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Informan atau nara sumber yang dipilih adalah sumber data yang sangat penting perannya sebagai individu yang memiliki banyak informasi, dan dari proporsional atas keterwakilan informasinya maka akan dipilih sebagai sumber data dari informan adalah terdiri dari: yang terdiri dari dokter, bidan desa, kader,

para tokoh masyarakat (formal dan informal), ibu hamil ,ibu bersalin serta warga masyarakat di desa yang diteliti.

- b. Tempat dan peristiwa yang terdiri dari kegiatan Poliklinik Kesehatan desa, lingkungan kerja penduduk dan lingkungan rumah tangga serta warga masyarakat di desa penelitian.
- c. Arsip atau dokumen resmi mengenai pelaksanaan kegiatan Poliklinik Kesehatan Desa dan monografi desa tempat penelitian.
- d. Tempat aktivitas pertemuan di tingkat kelompok/dusun/desa, yang melakukan pelaksanaan program Poliklinik kesehatan desa yang dilakukan secara partisipatif.

D. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Karena penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan jenis sumber data yang dimanfaatkan, maka dalam teknik pengumpulan data ada tiga kegiatan yang dilakukan oleh peneliti:

1. Proses memasuki lokasi penelitian (*Getting In*)

Peneliti mendatangi desa Wonorejo guna mendapatkan berbagai informasi atau perolehan gambaran tentang proses perencanaan kegiatan pembangunan di tingkat desa. Karena desa Wonorejo adalah tempat lokasi tugas peneliti dan agar proses memasuki lapangan ini berjalan mulus peneliti berusaha menjalin

hubungan dengan para informan dengan berlandaskan pada hubungan etika dan simpati sehingga mendapatkan data yang valid.

2. Ketika berada dilokasi penelitian (*Getting Along*)

Peneliti berusaha semaksimal mungkin melakukan hubungan secara pribadi dengan para subyek penelitian guna dalam melakukan penelitian mendapatkan informasi yang lengkap.

3. Mengumpulkan data (*Logging the Data*)

Dalam pengumpulan data, peneliti menggunakan tiga macam teknik pengumpulan data yaitu seperti yang dikemukakan oleh (Miles dan Huberman dalam Sutopo, 2002) yaitu tentang teknik dasar pengumpulan data yang dipergunakan dalam penelitian kualitatif adalah: wawancara mendalam sebagai metode utama serta observasi dan studi dokumentasi. Sebagai metode penunjang

a. Wawancara mendalam (*in-depth interviewing*)

Wawancara adalah bentuk komunikasi antara dua orang, melibatkan seseorang yang ingin memperoleh informasi dari seseorang lainnya dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan, berdasarkan tujuan tertentu (Mulyana, 2002). Sedangkan wawancara menurut Moleong (2004:186) adalah percakapan dengan maksud tertentu, percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Teknik Wawancara akan dilakukan di desa di mana tempat penelitian

dilakukan. Wawancara yang digunakan bersifat lentur dan terbuka, tidak terstruktur ketat, tidak dalam suasana formal, dan bisa dilakukan berulang pada informan yang sama (Patton , 2002).

Pertanyaan yang diajukan terfokus sehingga informasi yang bisa dikumpulkan semakin rinci dan mendalam. Kelonggaran dan kelenturan cara ini akan mampu mengorek kejujuran informan untuk memberi informasi yang sebenarnya, terutama yang berkaitan dengan partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan dan pandangan masyarakat tentang partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan untuk pembangunan desa. Meskipun menggunakan bentuk wawancara mendalam tidak terstruktur, tetapi peneliti tetap membuat garis-garis besar pertanyaan berdasarkan fokus penelitian.

- b. Observasi dalam penelitian kualitatif sering disebut sebagai observatif berperan pasif (Spradley , 2002). Dari teknik observasi ini data yang diperoleh tentang suasana desa, kantor desa, monografi desa, susunan perangkat desa, grafik-grafik tentang perkembangan desa. Dalam observasi langsung akan dilakukan peneliti dengan mengamati berbagai pertemuan dengan cara formal dan informal yang diadakan di desa dimana tempat penelitian studi dilakukan, dan untuk mempertajam data yang di dapat akan dilakukan wawancara secara mendalam dengan anggota kelompok tersebut, guna untuk mengamati partisipasi masyarakat dan partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan dalam pelaksanaan program

poliklinik desa. Adapun tujuan dari wawancara mendalam agar mendapatkan jawaban yang jenuh dari subyek penelitian.

c. Mencatat dokumen

Dalam mencatat dokumen peneliti bukan hanya sekedar mencatat isi penting yang tersurat dalam dokumen atau arsip, tetapi juga tentang makna yang tersirat dalam dokumen secara kritis dan dan teliti. Menurut Moleong dokumen adalah setiap bahan tertulis ataupun film, dokumen digunakan untuk keperluan penelitian. Hal ini juga dijelaskan oleh Guba dan Lincoln dalam Moleong (2004:217), karena alasan yang dapat dipertanggungjawabkan. Metode dokumentasi yaitu mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan lain sebagainya (Arikunto, 1996). Teknik ini dilakukan untuk mengumpulkan data yang bersumber dari dokumen dan arsip yang terdapat dalam poliklinik kesehatan desa. Penggunaan teknik pengumpulan data ini tidak lain untuk melengkapi teknik wawancara mendalam dan observasi, karena pada dasarnya ketiga teknik pengumpulan data tersebut adalah saling melengkapi. Melalui teknik ini peneliti menyalin dokumen yang berhubungan dengan penelitian termasuk aturan-aturan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan Republik Indonesia .

E. TEKNIK CUPLIKAN (SAMPLING)

Sampling menurut Moleong (2004:224) adalah untuk menjangkau sebanyak mungkin informasi dari pelbagai macam sumber dan bangunannya (*constructions*). Teknik cuplikan merupakan suatu bentuk khusus atau proses bagi pemusatan atau pemilihan dalam penelitian yang mengarah seleksi, dan fokus teknik cuplikan dalam penelitian kualitatif berbeda dengan fokus teknik cuplikan dalam penelitian kuantitatif, di mana dalam penelitian kuantitatif arahnya dipusatkan pada pemakaian cuplikan statistik (*Probability sampling*) yang tekniknya mengarah pada usaha generalisasi statistik untuk merumuskan karakteristik populasi yang diwakili oleh sejumlah sumber data yang diambil sebagai cuplikan (Sutopo, 2002:55). Cuplikan dalam penelitian kualitatif sering juga dinyatakan sebagai *internal sampling* yang berlawanan dengan sifat cuplikan dalam penelitian kuantitatif yang dinyatakan sebagai *external sampling* (Bogdan dan Biklen, 2002). Dalam cuplikan yang bersifat internal, cuplikan diambil untuk mewakili informasi, dengan kelengkapan dan dengan kedalamannya yang tidak sangat perlu ditentukan oleh jumlah sumber datanya, karena jumlah informan yang kecil bisa saja menjelaskan informasi tertentu secara lebih lengkap dan benar.

Berkaitan dengan penelitian ini karena berbentuk kualitatif maka cenderung menggunakan teknik cuplikan yang bersifat selektif dengan menggunakan pertimbangan berdasarkan konsep teoritis yang digunakan,

keingintahuan pribadi peneliti, karakteristik empiris yang dihadapi, dan lain sebagainya. Oleh karena itu teknik cuplikan yang diambil dalam penelitian ini bersifat *Sampel bertujuan "purposiv sampling"*, dengan kecenderungan untuk memilih informan yang dianggap mengetahui informasi dan masalahnya secara mendalam dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data. Sumber data dalam penelitian ini diantaranya adalah masyarakat sebagai pelaku utama dalam pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa, aparat desa, lembaga desa, tokoh masyarakat, bidan desa . kader, ibu hamil,ibu bersalin , serta warga masyarakat pengguna/penerima pelayanan kesehatan di poliklinik kesehatan desa. Untuk pengayaan informasi dari informan penelitian juga menggunakan *Snowball sampling (sampel bola salju)*, yaitu menanyakan pada sumber data satu dan dilanjutkan pada informan yang lain, sehingga semakin banyak informasi semakin jelas keberadaannya.

F. VALIDITAS DATA

Data yang telah digali, dikumpulkan dan dicatat dalam kegiatan penelitian guna untuk menjamin dan mengembangkan validitas data yang dikumpulkan dalam penelitian ini, karena data harus diusahakan mantap validitasnya serta kebenarannya. Setiap peneliti harus bisa menentukan cara-cara yang tepat untuk mengembangkan validitas data yang diperoleh, dan teknik pengembangan validitas data yang biasa digunakan dalam penelitian kualitatif yaitu teknik triangulasi dan reвью informan (Sulopo, 2002:78). Dan triangulasi merupakan

cara yang paling umum digunakan bagi peningkatan validitas dalam penelitian kualitatif, untuk itu dalam kaitan ini (Patton , 2002) mengatakan bahwa ada empat macam teknik triangulasi yaitu: (1) triangulasi data (sumber), (2) triangulasi peneliti (*investigator triangulation*), (3) triangulasi metodologis (*methodological triangulation*), (4) triangulasi teoritis (*theoretical triangulation*). Dari empat jenis triangulasi yang telah disebutkan diatas, maka dalam penelitian ini akan menggunakan teknik triangulasi data (sumber).

1. Triangulasi data (triangulasi sumber)

Triangulasi data menurut istilah Patton (2002) juga sering disebut sebagai triangulasi sumber, yaitu mengumpulkan data sejenis dari beberapa sumber data yang berbeda, misalnya mengenai program yang digali dari sumber data yang berupa informan, arsip dan peristiwa, demikian juga dari jenis kegiatan keterlibatan masyarakat dalam suatu kegiatan. Triangulasi ini mengarahkan peneliti agar di dalam mengumpulkan data, ia wajib menggunakan beragam sumber data, yang tersedia. Artinya data yang sama atau sejenis, akan lebih mantap kebenarannya bila digali dari beberapa sumber data yang berbeda.

Triangulasi sumber yang memanfaatkan jenis sumber data yang berbeda untuk menggali data yang sejenis. Di sini tekanannya pada perbedaan sumber data, bukan pada teknik pengumpulan data.

G. TEKNIK ANALISA

Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan analisa model interaktif (Milies dan Huberman, 2002). Dalam model analisis ini, tiga komponen analisisnya yaitu reduksi data, sajian data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasinya, aktivitas dilakukan dalam bentuk interaktif dengan proses pengumpulan data sebagai suatu proses siklus. Dalam melaksanakan proses penelitian, peneliti aktivitasnya bergerak di antara komponen analisis dengan pengumpulan datanya selama proses pengumpulan data masih berlangsung. Kemudian selanjutnya peneliti hanya bergerak di antara tiga komponen analisis tersebut sesudah pengumpulan data selesai pada setiap unitnya dengan menggunakan waktu yang masih tersisa dalam penelitian ini.

Karena sifat penelitian kualitatif adalah lentur dan terbuka, penelitian ini menggunakan strategi pendekatan studi kasus dengan kegiatan penelitian yang dipusatkan pada tujuan dan pertanyaan yang telah jelas dirumuskan, namun penelitian ini tetap bersifat terbuka dan spekulatif karena segalanya secara pasti akan ditentukan kemudian oleh keadaan yang sebenarnya di lokasi studi.

H. PROSEDUR KEGIATAN

Prosedur kegiatan penelitian ini seluruhnya direncanakan dalam beberapa tahapan yaitu dimulai dari persiapan, pengumpulan dan, analisis data, dan menyusun laporan. Dan untuk lebih jelasnya akan diuraikan sebagai berikut:

a. Persiapan

1. Mengurus perijinan penelitian: Kabupaten Sukoharjo, Kecamatan dan Desa.
2. Menentukan desa lokasi penelitian: berkonsultasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten mengenai kondisi poliklinik kesehatan desa dengan karakteristik yang sesuai dengan pilihan. Kemudian memilih desa yang dipandang tepat bagi pelaksanaan studi.
3. Meninjau desa terpilih sebagai lokasi penelitian untuk secara sepiantas mempelajari keadaanya, serta kemungkinan memilih informan yang tepat, khususnya para tokoh masyarakat. Juga diperlukan meninjau lokasi kegiatan sarana prasarana yang telah dilaksanakan poliklinik kesehatan desa.
4. Menyusun pedoman pengumpulan data (daftar pertanyaan dan petunjuk observasi), dan juga menyusun jadwal kegiatan.
5. Memilih dan melatih pembantu penelitian agar mampu secara tepat mengumpulkan data dan mencatat dengan lengkap dan benar.

b. Pengumpulan data

1. Mengumpulkan data di lokasi studi dengan melakukan observasi, wawancara mendalam, dan mencatat dokumen
2. Melakukan revidi dan pembahasan beragam data yang telah terkumpul dengan melaksanakan refleksinya:
Menentukan strategi pengumpulan data yang dipandang paling tepat, dan menentukan fokus, serta pendalaman dan pemantapan data, pada proses pengumpulan data berikutnya.
3. Mengatur data dalam kelompok untuk kepentingan analisis, dengan memperhatikan semua variabel yang terlibat tergambar pada kerangka pikir.

c. Analisis Data

Pada penelitian kualitatif proses analisis data dilakukan sejak awal bersamaan dengan proses pengumpulan data (Sutopo, 2002:86). Dan karena jenis penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus maka dalam analisis data juga akan menggunakan analisis studi kasus:

1. Melakukan analisis awal, bila unit data desa sudah cukup lengkap.
2. Mengembangkan bentuk sajian data, dengan menyusun coding dan matriks bagi kepentingan analisis lanjut.
3. Melakukan analisis unit desa, dan mengembangkan matriks
4. Melakukan verifikasi, pengayaan, dan pendalaman data, dalam persiapan analisis data. bila dalam persiapan analisis ternyata ditemukan data

kurang lengkap atau kurang jelas, maka perlu dilakukan pengumpulan data lebih terfokus.

5. Melakukan analisis studi, agar semua hasil analisis unit desa disatukan dalam proses analisis studi dan dikembangkan struktur sajian datanya bagi susunan laporan.
6. Merumuskan simpulan akhir sebagai temuan penelitian.
7. Merumuskan implikasi kebijakan sebagai bagian dari pengembangan

d. Penyusunan Laporan Penelitian

1. Penyusunan laporan awal
2. Reviu laporan; pertemuan diadakan dengan mengundang kurang lebih orang yang cukup memahami penelitian untuk mendiskusikan laporan yang telah disusun sementara.
3. Perbaiki laporan, disusun sebagai laporan akhir penelitian
4. Memperbanyak laporan sesuai dengan kebutuhan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Diskripsi Latar

1. Wilayah dan Penduduk .

Tentang Wilayah Desa dan Penduduk. Desa Wonorejo merupakan salah satu dari 17 desa di Kecamatan Polokarto Kecamatan ini terletak di wilayah paling utara Kabupaten Sukoharjo dan merupakan wilayah perbatasan dengan Kabupaten Karanganyar di sebelah timur laut . Kabupaten ini merupakan suatu bentangan wilayah yang kompleks memiliki daerah dataran rendah, lembah dan sungai. Kondisi geografis dan iklim ini menyebabkan Kabupaten Sukoharjo sebagai salah satu daerah pertanian yang subur

Wilayah Kabupaten Sukoharjo terbagi dalam 12 kecamatan, kecamatan Polokarto adalah salah satunya. Secara keseluruhan kecamatan ini memiliki luas $\pm 237,08 \text{ km}^2$ dan sebagian besar masih merupakan lahan persawahan yang subur.

Lahan persawahan yang terdapat pada daerah aliran sungai kebanyakan diairi oleh sungai bengawan solo dari waduk gajah mungkur wonogiri melalui sistim pengairan nonteknis. Kecamatan Polokarto memiliki 17 desa diantaranya merupakan desa IDT dengan tingkat pendapatan dan pendidikan yang rendah. Enam dari desa IDT itu terletak jauh dipedalaman antara 4 km hingga 17 km dari jalan raya. Umumnya ruas-ruas jalan yang menghubungkan desa-desa tersebut dengan jalan raya kondisinya berupa jalan pengerasan dengan aspal tipis dan badan jalan yang sempit, sedangkan bahu jalan masih tanah. Beberapa ruas jalan desa lainnya pengerasan dengan batu kerikil tanpa aspal.

Kondisi jalan tersebut pada umumnya dapat dilewati kendaraan roda dua dan empat, namun dengan badan jalan yang sempit merupakan satu kesulitan tersendiri

yang membuat desa-desa tersebut tetap sulit untuk dikunjungi. Kecuali pada *hari pekan* (hari pasar) dimana ada pasar di Desa bekonang atau di pusat Kecamatan mojolaban, mobil angkutan desa masuk ke pelosok pelosok desa untuk membawa penumpang dan barang. Pada hari biasa hanya ada beberapa kendaraan roda dua (ojek) yang disewakan oleh penduduk setempat untuk membawa penumpang. Kebanyakan penduduk harus berjalan kaki jika akan bepergian ke luar desa.

Berdasarkan data statistik Kabupaten Sukoharjo tahun 2007, penduduk Kecamatan Polokarto berjumlah 14.966 jiwa yang terdiri dari 7.619 penduduk laki-laki dan 7.347 penduduk perempuan dengan angka sex ratio 104. Dibandingkan kecamatan lainnya, Kecamatan Polokarto memiliki penduduk yang paling sedikit dengan tingkat kepadatan hanya 63 jiwa/km². Tercatat mata pencarian utama penduduknya adalah bertani, meskipun lahan pertanian sawah tidak begitu luas hanya \pm 25 persen dari luas wilayah keseluruhan. Disamping tanaman padi, penduduk juga menanam palawija seperti jagung dan kacang tanah.

Di pusat kota kecamatan terdapat kantor-kantor pemerintah yaitu Kantor Camat dengan instansi terkait didalamnya seperti instansi Dikbud, Kantor Urusan Agama dan kantor Koramil. Sebuah Puskesmas juga terdapat di kecamatan sedangkan 4 unit puskesmas pembantu tersebar di 4 desa kemudian sebuah unit puskesmas keliling berpangkalan di puskesmas kecamatan.

Di Ibukota Kecamatan terdapat sebuah pasar yang cukup ramai yang dibuka satu kali dalam seminggu. Pasar ini menjadi pusat perdagangan berbagai kebutuhan harian, perdagangan hasil pertanian dan kerajinan masyarakat desa setempat. Pedagang keliling yang biasa datang untuk berdagang ke pasar-pasar '*pekanan*' banyak berdatangan dari desa-desa atau kecamatan. Pada hari pasar tidak hanya kegiatan perdagangan yang meningkat tapi juga berbagai aktifitas di berbagai kantor dinas kecamatan, karena penduduk memanfaatkan saat hari pekan untuk berbagai urusan lainnya.

Pada hari pasar, puskesmas secara agak mencolok terlihat sangat meningkat aktifitasnya dibandingkan dengan dinas instansi lain. Kunjungan dan permintaan

layanan kesehatan lebih banyak daripada hari-hari biasa. Beberapa pasien yang datang ke puskesmas tersebut mengaku telah sakit sejak 1-3 hari sebelumnya, mereka terpaksa menunggu sampai ada mobil angkutan desa yang masuk ke desa mereka pada hari pasar tersebut untuk membawa mereka ke puskesmas.

Desa Wonorejo terletak dikawasan dataran rendah, tidak begitu jauh dari sebelah selatan ibu kota kecamatan yang hanya berjarak ± 8 km dan dari sebelah utara + 15 km. Desa ini berada pada ketinggian 808 meter dari permukaan laut sehingga memiliki iklim yang sejuk terutama dimalam hari. Rata-rata iklim bersuhu antara 20°C - 30°C dengan kelembaban udaranya rata-rata 88 persen. Dimusim kemarau suhu dapat turun lebih tajam hingga 15°C di malam hari sedangkan suhu pada saat siang hari dapat mencapai hingga 32°C .

Menuju desa Wonorejo dari Kabupaten Sukoharjo akan melewati beberapa desa tetangga di Kecamatan Mojolaban dan masuk ke Kecamatan Polokarto melalui desa Klumprit. Kondisi jalan merupakan ruas jalan lintas Kecamatan.

Memasuki desa Wonorejo terasa memasuki Desa bernuansa islami karena segala aktivitas warga desa bernafaskan islam tampak dari busana yang dikenakan kaum putri mayoritas memakai pakian muslim dan berjilbab.

Wilayah desa seluas 1.447 ha ini sebanding dalam ukuran panjang dan lebarnya, namun "kehidupan desa" seakan terkonsentrasi disepanjang pinggiran jalan raya yang persis membelah desa. Pemukiman penduduk dan areal persawahan yang tidak begitu luas terpusat dan terkelompok dipinggiran jalan dan disepanjang sungai Bengawan Solo. Sungai Bengawan Solo yang mengalir dari selatan ke utara desa menjadi sumber air yang penting bagi desa untuk pengairan maupun keperluan mandi, cuci dan kakus. Pasirnya ditambang penduduk sekitar untuk keperluan material bangunan sendiri atau dijual. Untuk keperluan memasak penduduk mengambilnya dari rembesan mata air dari sumur dan air hujan.

Desa Wonorejo merupakan perbatasan desa sebelah utara berbatasan dengan desa Klumprit, sebelah selatan dengan desa Mranggen, sebelah timur dengan Kecamatan Mojolaban, sedangkan di sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Bendosari Di

"pusat" desa yaitu dusun wonorejo mudah diketahui karena di dusun ini terletak beberapa bangunan seperti kantor desa, mesjid yang cukup besar dan megah untuk ukuran sebuah desa, bangunan Poliklinik Kesehatan desa yang menempel pada bangunan kantor desa yang ketiganya terletak berjajar.

Selain "beruntung" karena dilalui oleh jalur lintas kecamatan yang memudahkan penduduk untuk bepergian, desa Wonorejo juga sudah dialiri listrik dan saluran telepon tersedia melalui saluran satelit Sarana pendidikan yang dimiliki desa adalah setingkat SD yang terdapat di dusun I dan dusun IV

Terletak memanjang kearah utara dan selatan dari "pusat administrasi desa" terdapat pemukiman penduduk disepanjang kiri dan kanan jalan raya, yang terkonsentrasi dalam kelompok kecil. Rumah-rumah tersebut dibangun berdekatan dengan hanya sedikit atau bahkan tidak memiliki pekarangan. Kebanyakan rumah tersebut berukuran kecil, semi permanen dengan 1 atau 2 kamar saja. Rumah yang dibangun agak menjorok ke dalam atau tidak di pinggir jalan raya polanya lebih menyebar, ukuran rumah lebih besar, permanen dengan pekarangan yang cukup luas. Usia rumah tersebut juga pada umumnya lebih tua dibandingkan dengan kelompok rumah yang dipinggir jalan raya. Perbedaan lain adalah kebanyakan rumah-rumah yang berada di pinggir jalan raya juga sekaligus berfungsi sebagai warung yang menjual kebutuhan harian dan berbagai makanan serta minuman. Sedangkan rumah-rumah yang lebih menjorok ke dalam memiliki tanaman pekarangan untuk obat dan bumbu dapur, buah-buahan dan biasanya juga memelihara hewan ternak.

Untuk mendapatkan gambaran aktifitas desa secara menyeluruh bagi seorang pendatang baru tidaklah mudah. Gambaran dan kesan awal yang terlihat adalah aktifitas social ekonomi desa masing-masing terkonsentrasi di dusun-dusun. Setiap dusun seakan hidup mengelompok dan terpisah dari dusun lain oleh "pasawangan" yaitu daerah yang kosong pemukiman dan biasanya hanya terdapat semak areal persawahan. Keseharian seorang anggota komunitas desa lebih banyak terpusat didusun masing-masing, kecuali untuk suatu urusan lain seperti mengunjungi poliklinik kesehatan desa atau

kantor desa. Beberapa anggota komunitas desa bekerja sebagai pegawai negeri yang bertugas diluar desa.

Kehidupan desa ini telah dimulai sejak subuh, sebelum matahari terbit untuk memulai persiapan berbagai kegiatan hari itu. Para petani berangkat ke lahan pertanian mereka dengan membawa peralatan kerja yang mereka perlukan terkadang disertai oleh ternak sapi yang kalau tidak akan ikut bekerja menarik bajak tentu karena akan disambi menggembalakan. Anak-anak sekolah, beberapa orang pegawai negeri termasuk yang terlihat sibuk dipagi hari dengan seragam formal mereka. Anak-anak tersebut berjalan kaki menuju sekolah mereka.

Pada hari pasar di kecamatan penduduk desa yang bepergian di pagi hari akan lebih ramai. Para penduduk tersebut berpakaian lebih baik dari pada hari biasa. Para wanita yang sudah tua akan menggunakan selendang dan para pria mengenakan peci dan menyampirkan sarung yang dilipat dibahu mereka. Untuk sampai ditempat tujuan mereka menunggu angkutan desa atau minibus antar kota yang akan membawa mereka. Ongkos untuk ke Kecamatan Rp 2.000.- sedangkan jika akan pergi ke pasar Rp 1.000.-.

Setelah jam 8.00 pagi hingga menjelang siang suasana desa lebih sepi, hanya di beberapa warung terlihat ada kegiatan jual beli atau beberapa orang penduduk menjemur padi di pinggir jalan raya. Baru menjelang petang desa kegiatan hidup lagi karena anak-anak pulang sekolah, para petani dan pegawai pulang dari tempat kegiatan mereka dan para kaum wanita yang kepasar telah kembali ke rumah dengan membawa belanjanya. Sorenya setelah sholat Ashar anak-anak kembali terlihat ramai pergi ke TPA untuk belajar Al Qur'an dan baru usai beberapa saat menjelang sholat Maghrib.

Menjelang azan Magrib beberapa penduduk yang umumnya pria yang sudah agak berumur terlihat menuju mesjid untuk bersiap-siap melaksanakan sholat Magrib. Menjelang tengah malam beberapa pemuda terlihat berkumpul di warung (*lapau*) bermain domino sambil minum kopi dan nonton TV. Duduk di warung setelah matahari turun merupakan saat yang menyenangkan bagi penduduk desa, terutama para

pria. Tidak hanya mereka dapat bersantai melepas lelah tapi juga saling membagi gosip dan cerita tentang berbagai kejadian hari itu. Dibeberapa warung ngobrol seperti itu dapat berlangsung sampai tengah malam, sampai satu persatu pengunjung warung membubarkan diri kembali kerumah masing-masing untuk beristirahat. Sementara beberapa pemuda menuju mesjid dan tidur disana.

Para wanita lebih banyak berada di rumah jika sudah malam hari, hanya saat-saat disungai atau tempat pemandian umum pada siang atau sore hari mereka bertemu teman dan tetangga untuk saling bertukar gosip. Dimalam hari para wanita tinggal dirumah untuk menonton TV sebentar sebelum berangkat tidur. Setelah larut malam dan penduduk desa sudah berangkat tidur hanya jalanan yang tidak betul-betul sepi karena arus lalu lintas bis antar propinsi terus melaju melintasi desa. Desa wonorejo sendiri sudah hening untuk bersiap siap kembali keesokan pagi pada rutinitas dalam irama yang tak banyak berubah dari waktu ke waktu.

2. Kodisi sosial ekonomi.

Dari hasil pendataan keluarga tingkat kecamatan pada tahun 2007, jumlah penduduk desa wonorejo adalah 1.241 jiwa dengan sex ratio 98,9 artinya terdapat 98,9 penduduk laki-laki diantara 100 penduduk wanita. Jumlah penduduk laki-laki adalah 617 jiwa atau 49,7 persen dari jumlah penduduk seluruhnya sedangkan penduduk wanita berjumlah 624 jiwa atau 50,3 persen. Ada beberapa versi data mengenai angka dan jumlah penduduk menurut sumber-sumber yang berbeda. Diantaranya data yang dikeluarkan oleh Bappeda Kabupaten Sukoharjo, data dari BPS Kabupaten Sukoharjo ataupun data monografi desa. Disamping itu ada kesulitan untuk memastikan jumlah yang sesungguhnya karena adanya arus mobilitas penduduk keluar yang sering tidak tercatat oleh desa.

Dusun Wonorejo merupakan pusat pemerintahan desa, namun merupakan dusun yang paling sedikit penduduknya hanya berjumlah 20 jiwa sedangkan dusun

yang terbanyak penduduknya adalah dusun kersan yaitu 313 jiwa.

Jumlah penduduk diatas tinggal dalam 267 rumah tangga, jadi setiap rumah dihuni rata-rata 4-5 anggota rumah tangga. Dari 267 rumah tangga tersebut 33 diantaranya merupakan rumah tangga dengan kepala keluarga wanita dan 134 adalah rumah tangga dengan kepala keluarga laki-laki.

Tingkat pendidikan kepala keluarga pada umumnya hanya berpendidikan SD yaitu 217 orang atau 81 persen, berpendidikan SMP 26 orang, dan berpendidikan SMA 24 orang. Tidak ada kepala keluarga yang pernah sampai mengecap pendidikan perguruan tinggi. Rendahnya tingkat pendidikan kepala keluarga masih membekas pada rendahnya animo terhadap pendidikan anak dalam usia sekolah antara 6 tahun hingga 21 tahun. Dari 433 jiwa penduduk usia sekolah, tercatat berdasarkan data penduduk desa 2005 hanya 382 orang yang sedang bersekolah, sedangkan jumlah yang tidak bersekolah adalah 51 orang. Pada umumnya tingkat pendidikan usia sekolah adalah SD.

Tabel 2.1
Tingkat Pendidikan Penduduk Desa
dalam Usia Sekolah (6 - 21 tahun)

Jenjang Pendidikan	Jumlah	Persen
Sekolah dasar	294	67,9
SMP Sederajat	62	14,3
SMU Sederajat	23	5,3
Perguruan Tinggi	3	0,7
Tidak Sekolah	51	11,8
TOTAL	433	100

Sumber: Monografi Desa Wonorejo 2007

Dari 51 penduduk usia sekolah yang tidak lagi sekolah; 30 orang diantaranya adalah perempuan (59 persen) dan 21 orang adalah laki-laki (41 persen).¹ Perlunya mengetahui tentang gambaran tingkat pendidikan penduduk desa Wonorejo karena dapat dijadikan sebagai satu indikator dari status sosial ekonomi. Istiarti (1998) misalnya dengan mengutip Kessner et al (1973), mengatakan ada bukti bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan orang tua dengan status kesehatan anak seperti berat badan lahir dan angka kematian bayi perinatal, juga dapat menjelaskan tentang tingkat pengetahuan kesehatan dan tingkat aksesibilitas pada sarana-sarana pelayanan kesehatan.

Di desa Wonorejo terdapat dua SD yang merupakan penggabungan dikarenakan semakin berkurangnya jumlah murid SD beberapa tahun terakhir. Selain itu terdapat TPA tempat anak-anak belajar agama Islam dan membaca Al Qur'an. Pendidikan untuk tingkat lanjutan terdapat di desa lain diantaranya desa Klumprit yang berjarak ± 10 km dari desa Wonorejo, sedangkan SMA terdapat di pusat kota kecamatan yang berjarak ± 5 km. Jenjang pendidikan tinggi paling dekat adalah di kabupaten Sukoharjo dan Kotamadya Surakarta

Meskipun desa Wonorejo tidak memiliki lahan pertanian yang cukup luas namun pekerjaan yang umum dilakukan penduduk desa adalah bertani yang biasanya dengan tambahan berbagai pekerjaan sampingan lainnya.¹ Jumlah kepala keluarga dengan sumber penghasilan dari pertanian adalah 75,7 persen diikuti pekerjaan wiraswasta terutama perdagangan 15,6 persen. Berikut data tentang sumber penghasilan penduduk desa.

Tabel 2.2
Sumber Penghasilan Penduduk Desa
Berdasarkan Jumlah Kepala Keluarga

Jenis Pekerjaan	Jumlah	
Pertanian	202	(75,7%)
Wiraswasta/ Dagang	41	(15,3 %)
Buruh/ Jasa	11	(4,1 %)
PNS	5	(1,9%)
Pensiunan	8	(3,0%)
TOTAL	267	(100 °1°)

Sumber: Monografi Desa Wonorejo 2007

Pada dasarnya pekerjaan pertanian terutama sawah masih dilakukan dengan cara tradisional. Penggunaan *hand tractor* memang sudah dikenal tapi penggunaannya masih sangat terbatas dan kurang populer seperti yang terdapat di dusun kersan. Mekanisasi lain yang sudah digunakan oleh masyarakat desa adalah mesin perontok padi yang sama halnya dengan *hand tractor*, penggunaannya masih belum begitu populer.

Di desa Wonorejo pekerjaan pertanian sawah pada umumnya dikerjakan secara kolektif yang melibatkan anggota keluarga atau kerabat dari aliansi perkawinan atau tetangga. Pemilik sawah menyediakan makanan dan minuman bagi anggota yang ikut bekerja. Jika tenaga kerja yang digunakan bukan anggota keluarga maka pemilik sawah dapat membayar kembali dalam bentuk tenaga kerja lagi atau membayar setelah mereka memetik hasil panen. Kedua cara umum digunakan oleh penduduk desa karena pembayaran kontan sulit dilakukan meskipun ada beberapa pemilik yang cukup mampu.

Pekerjaan utama pada pertanian ini pada umumnya diselingi oleh pekerjaan "sampingan" yang biasanya tidak tetap dan dilakukan disela-sela waktu luang.

Beberapa jenis pekerjaan seperti ini sangat diharapkan untuk menambah penghasilan rumah tangga seperti mengambil pasir disungai untuk dijual atau menerima pekerjaan upahan diluar pertanian. Sedangkan pekerjaan sampingan mencari dan memotong kayu dipinggiran hutan dapat memenuhi kebutuhan untuk bahan kayu bakar rumah tangga sendiri.

Sumber penghasilan penduduk desa selain pertanian adalah berdagang. Beberapa orang penduduk desa adalah pedagang "sayuran" yang berkeliling membawa barang dagangannya dari dan ke pasar-pasar mingguan yang berdekatan sedangkan yang lainnya merupakan pedagang pengumpul padi dan beberapa lainnya adalah pemilik warung kecil yang menjual makanan dan minuman serta berbagai kebutuhan harian. Warung-warung tersebut pada umumnya berada di pinggir jalan yang sekaligus merupakan rumah kediaman pemiliknya.

Dikalangan perempuan muda desa, aktifitas ekonomi yang termasuk penting dan dapat menyumbang pada ekonomi rumah tangga adalah menerima upah dengan menjadi anak jahit atau buruh jahit bordir. Orderan untuk membordir mereka peroleh dari pengusaha-pengusaha konveksi di Kodya Bukittinggi dimana bahan baku dan peralatannya mereka peroleh. Upah yang diterima tergantung pada tingkat kehalusan dan kerumitan bordiran. Semakin halus dan rumit corak maupun warnanya maka upah yang diterima juga akan semakin tinggi. Upah diterima setelah pekerjaan selesai, namun demikian beberapa anak jahit yang sudah mendapat kepercayaan dan hubungan baik dengan majikan dapat meminta upah diawal orderan dan juga dapat meminjam uang sewaktu-waktu diperlukan.

Menurut salah seorang anak penjahit yang sudah cukup senior akhir-akhir ini semakin sedikit perempuan desa yang mau belajar ketrampilan dibidang ini. Kebanyakan perempuan-perempuan muda desa sekarang lebih menyukai pergi ke kota lain - kebanyakan ke solo - untuk bekerja dipabrik-pabrik kertas, perakitan elektronik, atau pabrik kayu lapis. Mencari pekerjaan di kota dimana industri sangat berkembang merupakan suatu daya tarik kuat bagi kebanyakan orang muda dari desa-desa di wonorejo

Tidak ada data mengenai jumlah pasti para perantau desa wonorejo yang bekerja dan tinggal di kota-kota lain. Pergi merantau ke kota lain meninggalkan kampung halaman bagi orang wonorejo merupakan tahapan penting dalam proses pembentukan jati diri. Meskipun merantau lebih dimaksudkan bagi para pemuda namun kini banyak perempuan muda juga pergi merantau ke kota kota lain untuk bekerja dan banyak diantaranya yang tidak hanya mendapatkan pekerjaan tapi juga pasangan hidup.

Dari arsip data penelitian evaluasi implementasi poliklinik kesehatan desa di sembilan desa Kabupaten sukoharjo oleh Yulkardi, diperoleh data tentang tingkat penghasilan rumah tangga di desa wonorejo tahun 2006, berikut tabelnya

Tabel 2.3
Tingkat Pendapatan Rumah Tangga Desa Wonorejo
Berdasarkan Jumlah Kepala Keluarga

Tingkat Penghasilan	Distribusi	
	f	Persentase
201.000 - 400.000	113	42,3
401.000 - 600.000	117	43,8
601.000 - 800.000	26	9,7
801.000 - 1.000.000	11	4,1
Jumlah	267	100

Sumber: Arsip Penelitian Studi PKD 9 Desa Kab. Sukoharjo-Yulkardi 2006.

Dari arsip data penelitian tersebut menunjukkan rata rata kasar penghasilan rumah tangga di desa Wonorejo per bulannya adalah lebih kurang Rp 451.810.- Dengan menghitung rata-rata jumlah anggota rumah tangga antara 45 orang maka rata-rata alokasi keuangan untuk setiap jiwa per bulannya adalah Rp 90.360.-. Angka

ini sudah jelas terlalu bersifat menyederhanakan, namun cukup berguna untuk mendapatkan gambaran umum tentang kemampuan ekonomi rumah tangga di desa Wonorejo. Diperkirakan pendapatan dalam rumah tangga tersebut per bulannya sebagian besar atau hampir semuanya dialokasikan untuk keperluan konsumsi sehari-hari.

B. Hasil Dan Pembahasan

1. Gambaran Pelaksanaan Program Poliklinik Kesehatan Desa.

Profil Poliklinik Kesehatan Desa. Sebelum dibangunnya Puskesmas pada tahun 1984 dan mulai diresmikan pemakaiannya tahun 1985, satu-satunya fasilitas kesehatan yang tersedia bagi desa-desa di kecamatan Polokarto adalah balai kesehatan ibu dan anak (BKIA) yang telah didirikan sejak tahun 1973 di pusat kecamatan. Operasionalisasi BKIA pada saat itu didukung dengan ditempatkannya 1 (satu) orang tenaga bidan sukarela dengan seorang penjenang pria yang dikenal dengan panggilan "Mantri Suar". Belum ada tenaga perawat waktu itu, sedangkan penjenang statusnya adalah pembantu perawat yang akhirnya menggantikan tugas-tugas perawat.

Menurut Mantri Suar pada saat itu BKIA lebih banyak melayani pengobatan-pengobatan umum sedangkan perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan lebih banyak dilakukan oleh dukun-dukun bayi setempat. Hanya pada persalinan berkasus seperti *retensio placenta*, kelahiran sungsang, baru tenaga medis BKIA dimintai pertolongan. Di BKIA sendiri tersedia ruang untuk pemeriksaan yang dapat difungsikan sebagai ruang untuk persalinan, namun semua persalinan yang dibantu oleh tenaga medis BKIA dilakukan di rumah pasien. Pemanfaatan BKIA pun lebih banyak oleh penduduk setempat sementara penduduk dari desa yang lain merasa terlalu jauh untuk berobat. (W/17/08/2007)

Pada tahun 1985, lebih kurang 10 tahun sejak program pertama kali dicanangkan, sebuah puskesmas diresmikan untuk menggantikan BKIA. Di puskesmas seluruh kegiatan dibidang kesehatan disatukan. Diawal berdirinya puskesmas didukung oleh 4 orang tenaga perawat, 1 orang tenaga bidan, dan 1 orang tenaga dokter. Setelah 17 tahun kemudian puskesmas di kecamatan Polokarto telah berkembang dengan memiliki poliklinik gigi, laboratorium hingga sanitasi lingkungan yang melibatkan orang tenaga profesional dibidangnya masing-masing dipimpin oleh seorang dokter. Dikemudian hari puskesmas ini menjadi puskesmas induk dengan memiliki 6 puskesmas pembantu. Awal tahun 1990-an program bidan desa dicanangkan. Desa Wonorejo sendiri baru mendapatkan seorang bidan desa ditahun 1996 dan ditahun yang sama mendapatkan bantuan pengadaan bangunan pondok untuk bersalin di desa yang dikenal dengan nama 'Polindes', Hal ini disampaikan oleh Kepala Puskesmas Polokarto sebagai berikut :

Di kecamatan Polokarto pengadaan poliklinik kesehatan desa telah dimulai sejak tahun anggaran 1994/1995 untuk tiga unit poliklinik kesehatan desa, dengan anggaran per-unitnya 2,5 juta rupiah; tiga unit lagi di tahun anggaran 1995/1996 dengan bantuan pemerintah 2,5 juta rupiah per-unit dan di tahun 1996/1997 untuk tiga unit poliklinik kesehatan desa dengan anggaran per-unit 3,5 juta rupiah. Total keseluruhan sudah ada anggaran untuk pengadaan 9 unit polindes untuk 9 dari 17 desa yang ada di kecamatan ini. Namun secara fisik hanya ada 3 bangunan poliklinik kesehatan desa yang terwujud, 3 lainnya merupakan bangunan yang tidak diselesaikan dan 3 lainnya lagi sama sekali belum ada realisasi.

Poliklinik Kesehatan Desa di desa Wonorejo adalah salah satu dari 5 Poliklinik Kesehatan Desa yang aktif beroperasi di Kecamatan Polokarto dan merupakan salah satu dari dua Poliklinik Kesehatan Desa yang memiliki tempat pelayanan sekaligus tempat pemondokan bidan yang mandiri. Dua Poliklinik Kesehatan Desa lainnya menempati rumah penduduk dan Poliklinik Kesehatan Desa menempati salah satu ruang kantor desa karena bangunan Poliklinik Kesehatan Desa yang sesungguhnya tidak selesai pembangunannya.

Setelah sebelumnya desa Wonorejo mendapatkan seorang bidan desa, desa ini mendapatkan kucuran dana pengadaan poliklinik kesehatan desa di tahun 1997. Pada saat itu struktur pemerintahan desa dikepalai langsung pejabat camat karena adanya kekosongan setelah pejabat kepala desa yang lama berakhir masa jabatannya. Pada masa ini pejabat camat menangani semua aktifitas administrasi dan pelaksanaan teknis pemerintahan desa sekaligus sebagai ketua umum lembaga legislatif desa didalam struktur LKMD (lembaga ketahanan masyarakat desa). Hal ini di jelaskan oleh Kepala Desa Wonorejo sebagai berikut :

Pengelolaan dana untuk pengadaan Poliklinik Kesehatan Desa dilakukan oleh seksi bidang kesehatan dan KB (seksi 7 LKMD) yang diturunkan melalui camat ke kepala desa. Jumlah dana yang diterima diperkirakan terlalu kecil untuk dapat mengadakan sebuah bangunan baru.s Menurut buku Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat dari Departemen Kesehatan menjabarkan bahwa pengadaan sebuah polindes tidak harus pembangunan sebuah gedung baru tapi dapat menggunakan bangunan yang ada jika dana tidak mencukupi. Sementara anggaran rutin belanja desa yang bersumber dari Bangdes senilai Rp 5 juta setiap tahunnya tidak dapat menutupi anggaran yang diperlukan untuk berbagai program desa. (W/ 20/8/2007)

Dalam pembicaraan informal antara kepala desa dengan unsur LKMD di seksi 7 diputuskan untuk merenovasi ruang PKK yang terletak disamping kantor desa sebagai ruang untuk Poliklinik Kesehatan Desa. Keputusan ini kemudian dilegalisasi melalui rakor desa. Ruang PKK sendiri dipindahkan kesebuah ruang yang mirip gudang yang terletak di belakang poliklinik kesehatan desa, sedangkan untuk keperluan Poliklinik Kesehatan Desa ruang PKK yang awalnya berukuran 5x5 meter disekat menjadi 3 ruang yaitu ruang untuk pemeriksaan sekaligus sebagai ruang administrasi, ruang kamar tidur untuk bidan dan sisa ruang untuk dapur.

Dipilihnya ruang PKK di kantor desa sebagai tempat bidan memberikan pelayanan merupakan solusi desa untuk mengatasi keterbatasan dana. Lokasi ini juga berdekatan dengan mesjid desa yang menguntungkan Poliklinik Kesehatan Desa karena dapat memanfaatkan fasilitas MCK milik mesjid sedangkan untuk

sumber air bersih bidan memanfaatkan salah satu sumber mata air tempat warga desa mendapatkan air bersih yang terletak lebih kurang 25 meter dari Poliklinik Kesehatan Desa.

Selain pengadaannya yang memanfaatkan fasilitas desa yang sudah ada, keperluan perabotan seperti lemari, bangku tunggu dan meja kursi untuk Poliklinik Kesehatan Desa digunakan perabotan kantor desa yang tidak terpakai dan untuk keperluan kamar tidurnya bidan metengkapinya sendiri. Bidan mulai menempati Poliklinik Kesehatan Desa setelah sebelumnya memberi pelayanan di rumah salah seorang warga desa selama 6 bulan. Keberadaan Poliklinik Kesehatan Desa dikukuhkan setelah beberapa pejabat dari pemerintahan daerah, Departemen Kesehatan, BKKBN kabupaten bersama dengan pejabat Pemerintahan Kecamatan dan desa melakukan satu monitoring terpadu untuk meresmikan pengadaan poliklinik kesehatan desa tersebut.

Kondisi dan Fasilitas. Poliklinik Kesehatan Desa di desa Wonorejo, fasilitas teknis memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh dinas kesehatan. Diantaranya adalah lokasi di pinggir jalan raya yang mudah dicapai dengan kendaraan ataupun berjalan kaki, ventilasi cukup, tersedia penerangan listrik, memiliki pekarangan walaupun tidak luas, memiliki sarana pembuangan limbah dan memiliki fasilitas MCK dan sumber air bersih rneskipun terletak diluar ruangan. Prasyarat pendukung yang tidak dimiliki adalah tidak adanya sarana transportasi mandiri bagi bidan desa.

Fasilitas utama yang dimiliki Poliklinik Kesehatan Desa merupakan perangkat operasional teknis sehari-hari yang terdiri dari perangkat bidan kit, IUD kit, sarana imunisasi dasar untuk bayi dan ibu hamil, timbangan berat badan ibu, pengukur tinggi badan, infi,is set beserta cairan dextrose 5 ml dan NaCl 0,9 %, obat-obatan sederhana dan uterotonika, buku pedoman KIA-KB dan kesehatan umum. Sedangkan 3 item prasyarat standar yang tidak dimiliki adalah inkubator sederhana, ruang pertolongan persalinan dan ruang rawat post partum minimal 1 tempat tidur dan tidak tersedianya fasilitas obgyn bed. Kesemua perangkat peralatan ini

merupakan paket dari dinas kesehatan yang dibagikan melalui puskesmas kecamatan.

Praktis Poliklinik Kesehatan Desa sebenarnya hanya memiliki satu ruang multi fungsi untuk berbagai keperluan pelayanan. Dalam ruang yang lebih kurang berukuran 4x3 m persegi terdapat satu tempat tidur untuk pemeriksaan dan dibatasi sehelai kain putih berfungsi sebagai krai pembatas yang dapat ditarik. Di sisi lain terdapat sebuah meja dan kursi tempat bidan menerima pendaftaran pasien dan menyelesaikan pekerjaan administrasi Poliklinik Kesehatan Desa. Sebuah lemari kayu berisi peralatan dan obat-obatan berdiri di sisi satu-satunya jendela yang membuat ruang poliklinik kesehatan desa mendapat sirkulasi udara dan cahaya yang cukup. Semua dinding dicat putih dan ditemplei beberapa tabel dan data kesehatan masyarakat desa. Juga terdapat kantong ibu hamil yang berguna untuk mengontrol perkembangan kehamilan ibu hamil dan beberapa poster promosi tentang program KIA, KB dan imunisasi. Di selasar depan poliklinik kesehatan desa yang berfungsi sebagai teras terdapat satu bangku panjang tempat pasien menunggu sebelum mendapat giliran diperiksa.

Perangkat bidan kit yang dimiliki bidan merupakan seperangkat peralatan medis yang siap digunakan dan disimpan dalam tas kerja khusus. Hal ini diperlukan pada saat menolong persalinan di rumah pasien. Diantara peralatan tersebut adalah alat pengukur tekanan darah, pengukur suhu tubuh, stetoskop biasa dan stetoskop khusus bidan, peralatan menjahit luka, obat suntik, kateter hingga peralatan pelengkap seperti gunting, sarung tangan steril, kain kasa dan kapas lisol. Selain itu bidan juga dilengkapi dengan sebuah lampu baterai dan buku untuk catatan kasus.

Tabel 2.4

Tabel Kondisi dan Fasilitas Poliklinik Kesehatan Desa

Kondisi dan Fasilitas Poliklinik Kesehatan Desa	Ada	Tidak
		Ada
A. Fasilitas Utama		
1. Bidan menetap dan bekerja penuh waktu		v

2. Bidan kit	v	
3. IUD kit	v	
4. Sarana imunisasi dasar dan ibu hamil	v	
5. Timbangan berat badan ibu	v	
6. Pengukur tinggi badan	v	
7. Infus set, cairan dextrose 5 ml & Na Cl 0,9	v	
8. Obat-obatan sederhana dan uterotonika	v	-
9. Buku pedoman KIA, KB & kesehatan umum	v	
10. Inkubator sederhana	-	v
11. Ruang pertolongan persalinan (min. 1		v
12. Ruang rawat post partum (min. 1 tempat		v
13. Obgyn bed		v
B. Fasilitas Pendukung		
1. Penyediaan air bersih	v	
2. Ventilasi cukup	v	
3. Penerangan cukup	v	
4. Pembuangan limbah	v	
5. Pekarangan bersih	v	
6. Lokasi mudah dicapai	v	
7. Dapat dijangkau kendaraan	v	
8. Tersedia alat transportasi untuk bidan		v

Sumber: Pedoman Poliklinik Kesehatan Desa, Depkes., 1995

Bidan menetap di Poliklinik Kesehatan Desa paling tidak antara 5-6 hari dalam seminggu. Pada akhir minggu bidan desa pulang ke rumah orang tuanya kembali ke desa pada hari senin paginya. Namun jika diperlukan untuk satu hal penting yang mengharuskan bidan berada di tempat, maka bidan biasanya bersedia untuk tidak meninggalkan desa wonorejo.

2. Persepsi Masyarakat Terhadap Kegiatan Poliklinik Kesehatan Desa

Promosi dan Pelayanan Program Kebidanan di PKD. Latar belakang lahirnya kebijakan pengadaan poliklinik kesehatan desa adalah untuk memberi perhatian pada kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan. Sebelum ada poliklinik kesehatan desa program kesehatan ibu ditingkat paling bawah merupakan bagian dari program posyandu yang mempunyai beberapa fungsi yaitu tempat imunisasi bayi, imunisasi ibu hamil, penimbangan balita dan pendidikan serta penyuluhan gizi. Dalam perkembangannya kemudian aktifitas posyandu lebih terfokus pada imunisasi dan penimbangan bayi sementara fungsi pendidikan dan penyuluhan lebih sering berupa kegiatan pemberian makanan tambahan atau suplemen vitamin untuk bayi dan balita. Imunisasi ibu hamil - yang merupakan satu-satunya program kesehatan ibu hamil terjadwal dan terprogram ditingkat paling bawah - sering menjadi program yang tercecer diakhir sisa waktu kegiatan.

Sebagaimana halnya posyandu, poliklinik kesehatan desa juga termasuk proyek pembangunan kesehatan yang diletakkan diatas gagasan "peran serta masyarakat" yang dimaklumkan dalam proyek UKBM atau upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.' Pelayanan di polindes merupakan pelayanan profesi kebidanan olch karcnanya sangat tergantung kepada keberadaan bidan di desa. Keikutsertaan masyarakat adalah dalam hal penyediaan sarana bangunan dan tanah serta dalam hal pengelolaan. Melalui seksi 7 bidang kesehatan di LKMD bersama PKK desa idealnya, turut serta mengatur dan menetapkan biaya operasional serta tarif pertolongan persalinan di desa.

Unsur masyarakat lainnya yang juga terlibat dalam operasional polindes sehari-hari adalah kader kesehatan desa dan dukun bayi setempat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan di desa, bidan diharapkan sekaligus sebagai mediator yang dapat memfasilitasi kemitraan dengan dukun bayi terutama untuk melakukan penyuluhan menangani persalinan yang higienis. Peranserta masyarakat ini juga ditetapkan

sebagai salah satu dari 6 (enam) indikator pemantauan program KIA di polindes yang akan dijelaskan dibagian berikutnya.

Program kesehatan ibu-anak dan KB di polindes merujuk kepada 3 tujuan utama yaitu: pertama, sebagai tempat pelayanan kesehatan ibu, anak, dan KB. Kedua, sebagai tempat pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan. Ketiga, sebagai tempat konsultasi, penyuluhan dan pendidikan kesehatan bagi masyarakat, dukun bayi dan kader kesehatan. Namun sejauh ini secara keseluruhan pemanfaatan polindes lebih sering untuk pengobatan umum.

Keberadaan Bidan dan Pengelolaan Program. Pengelolaan Poliklinik Kesehatan Desa secara teknis berpusat pada bidan desa sebagai tenaga pelaksana keprofesian kebidanan. Kehadiran bidan di desa pada dasarnya cukup mencolok ditengah-tengah warga desa. Secara formal kehadiran bidan diperkenalkan dalam pertemuan-pertemuan desa disamping bidan sendiri rajin mengikuti kegiatan-kegiatan sosial warga desa.

Meskipun kehadiran bidan sangat menonjol, umumnya responden mengenal Poliklinik Kesehatan Desa sebagai 'rumah tinggal bidan' dimana warga desa dapat memperoleh layanan kesehatan dan pengobatan umum. Seperti hasil wawancara dengan masyarakat desa, Adapun wawancara tersebut sebagai berikut :

Ibu warni dari dusun sembung wetan

Sejauh mana ibu mengenal poliklinik kesehatan desa ?

Menurut saya poliklinik kesehatan desa adalah tempat warga desa berobat bila sakit, disana juga tempat tinggal bidan desa dan sebagai tempat berKB.(W/02/07/2007)

Keberadaan bidan di poliklinik kesehatan desa wonorejo memiliki dua fungsi yaitu fungsi yang bersifat kedalam sebagai tenaga profesional kesehatan dan fungsi

keluar sebagai seorang manajer program. Hal ini disampaikan oleh Kepala Puskesmas Polokarto sebagai pembina bidan desa wonorejo sebagai berikut :

Bidan harus memiliki dan menguasai suatu standar teknis pengetahuan kebidanan dan kesehatan umumnya serta memiliki dan menguasai suatu ketrampilan manajerial agar mampu mengelola program dan mengenali permasalahan yang berkaitan dengan aspek-aspek non-medis di desa, karena permasalahan di desa itu biasanya kompleks. (W/14/07/2007)

Kemampuan manajerial yang menggunakan pendekatan non-teknis medis seperti pencatatan dan registrasi, penyuluhan pada perorangan - kelompok - dan masyarakat umum terutama yang berkaitan dengan program KIA-KB, Kemampuan manajerial yang menggunakan pendekatan non-teknis medis dan melakukan kunjungan rumah secara berkala pada ibu hamil untuk mengetahui perkembangan ibu dan janinnya dan memberikan saran yang tepat berdasarkan pencapaian data yang cermat pada setiap kunjungan. Hal ini juga di sampaikan pula oleh Bidan Desa Wonorejo bahwa :

Target dan cakupan program Poliklinik Kesehatan Desa terutama yang berkaitan dengan program KIA-KB dipengaruhi oleh kemampuan manajerial yang menggunakan pendekatan non-teknis medis dengan bidan sebagai tenaga pelaksana di desa dan berada dibawah pembinaan dan pengawasan dokter puskesmas serta terkait secara lintas sektoral dengan jajaran pemerintahan desa. (W/15/7/2007)

Dari aspek teknis medis bidan desa secara berkala mengikuti forum pertemuan di puskesmas dalam bentuk lokakarya mini terutama membahas cakupan dan target program KIA di poliklinik kesehatan desa. Melalui lokakarya mini diidentifikasi jenis dukungan yang dapat diberikan puskesmas dan

pencanangan target baru program dimasa berikut. Beberapa jenis forum komunikasi lain yang biasa diikuti bidan desa adalah organisasi profesi seperti IBI (Ikatan Bidan Indonesia), rapat koordinasi pembangunan desa yang biasanya dilakukan oleh pemerintahan desa setiap kali ada tahun anggaran bangdes bidang kesehatan. Rapat koordinasi lain adalah rakor KB-Kes yang diadakan di desa 3 bulan sekali dan disponsori oleh BKKBN kecamatan bersama dengan jajaran pemerintahan desa. Dalam rakor ini topik yang dibahas adalah berkenaan dengan cakupan dan target program KB, komponen pasangan usia subur yang basis datanya terdapat dalam format laporan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) yang biasanya dikerjakan oleh bidan desa bersama kader kesehatan desa. Pada rakor ini - yang dapat dikatakan satu-satunya rakor desa yang cukup rutin - biasanya dihadiri oleh kepala desa, unsur LKMD, unsur aparat kantor desa, unsur PKK, kader kesehatan desa yang juga adalah kader KB desa, bidan desa dan petugas PLKB kecamatan. Berikut tabel tentang jenis forum komunikasi atau rapat koordinasi yang biasanya diikuti oleh bidan desa.

Tabel 2.5
Forum Komunikasi dan Rapat Koordinasi Sektoral dan Lintas Sektoral Bidan Desa
(Poliklinik Kesehatan Desa)

Jenis Kegiatan	Waktu, Peserta, dan Penyelenggara	
1. Lokakarya mini (Lokmin.)	<ul style="list-style-type: none"> • Rutin 1 bulan sekali • Bides se-kecamatan • Puskesmas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cakupandan target • Program KIA melalui laporan PWSKIA. • Targetbaru program yang hendak dicapai.

- | | | |
|--|---|--|
| 2. Forum penyegaran | <ul style="list-style-type: none"> • Rutin 1 bulan sekali bersama degnan • lokakarya mini. • Bides se-kecamatan • Puskesmas | <ul style="list-style-type: none"> • Aspek teknis kebidanan • Pediatri dan KB • Kasus maternal perinatal/neoraltal • Manajerial program KIA |
| 3. Forum koordinasi daerah tingkat II | <ul style="list-style-type: none"> • Idealnya 3 bulan sekali • Bides se-Kabupaten, IBI, POGI, IDAI • RSUD Kabupaten | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi cakupan program KIA se-Kec, melalui laporan PWS-KIA kec. • Penetapan target y.a.d. • Rencana pembinaan tek-nis bidan oleh puskesmas |
| 4. Pendidikan berkelanjutan (seminar sehari) | <ul style="list-style-type: none"> • Idealnya 6 bulan sekali • Bides se-kabupaten, IBI, POGI, IDAI • RSUD Kabupaten | <ul style="list-style-type: none"> • Teknik kebidanan pediatri dan KB |
| 5. Bimbingan dalam kasus rujukan | <ul style="list-style-type: none"> • Kasuistik • Bides dengan bidan/dokter ahli kebidanan • RSUD kabupaten | <ul style="list-style-type: none"> • Mempelajari penanganan kasus kebidanan/neonatal dan rujukan |
| 6. Rapat koordinasi KB-Kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Rutin 1 bulan sekali (realisasi 3 bln sekali) • Bides, PLKB, PPKBD dan Sub-PPKBD, kader gizi, dan dukun bayi • Kantor desa | <ul style="list-style-type: none"> • Target dan cakupan akseptor KB • Jumlah PUS, Bumil, dan Busui. • Imunisasi bayi/balita. PMT-AS(Pemberian makanan tambahan anak sekolah |
| 7. Rekor banglades (Rapat Koordinasi Pembangunan Desa) | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak rutin, tergantung ada/tidaknya dana proyek bangdes di bidang kesehatan. • Kepala desa, Sekdes, Kaur. Kantor desa, LKMD, Bides, dan | <ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan dan pelaksanaan proyek pembangunan desa |

8. Musyawarah Pembangunan keluarga (Musbangga)	<p>unsur terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Kali Dalam Se-Tahun • Kades, LKMD, tokoh formal, tokoh adat, tokoh genmud, Bundo kanduang, Kader kese-hatan dan Dukun bayi, PPKBD &SubPPKBD, PLKB, PPLKB< dan bidan desa • PPLKB, PLKB, PPKBD dan Sub-PPKBD 	<ul style="list-style-type: none"> • Umpan Balik Hasil Pendataan Keluarga (R/I/KS). • Jumlah Keluarga Dan Anggota R.T Berdasarkan: Jumlah Anak, Tingkat Pendidikan Dan Usia Sekolah, Status Pekerjaan, Usia Lansia, WUS, PUS, Akseptor aktif dan tidak aktif, Kehamilan yang diinginkan dan tidak diinginkan, dan stratifika-si tahapan keluarga versi BKKBN.
--	---	---

Sumber: Agenda Bidan Desa 2007

Rakor bangdes bidang kesehatan berorientasi pada pengadaan fasilitas fisik, jenis koordinasi sektoral maupun lintas sektoral dimana bidan desa dilibatkan, berorientasi pada angka-angka target dan cakupan program KIA dimana muara penyelesaian permasalahan adalah pada aspek yang sangat teknis medis. Kegagalan memenuhi target dan cakupan program dari sisi medis diatasi terutama dengan meningkatkan ketrampilan teknis bidan.

Sementara pengelolaan poliklinik kesehatan desa dari sisi medis dalam rapat dan forum koordinasi cukup teratur, sebaliknya koordinasi pengelolaan poliklinik kesehatan desa dari sisi non-medis terutama dengan pemerintah desa sama sekali tidak ada. Pamong desa hanya terlibat diawal pengadaan bangunan poliklinik

kesehatan desa sedang isi program dianggap sepenuhnya merupakan wewenang bidan desa termasuk penetapan tarif pelayanan. Hal ini disampaikan oleh Kepala Desa Wonorejo sebagai berikut :

Poliklinik kesehatan desa dikelola langsung oleh bidan desa selaku pelaksana pemberi pelayanan kesehatan , keterlibatan pamong desa hanya pada saat pengadaan pembangunan Poliklinik Kesehatan Desa, karena kami menganggap bidan desa yang mempunyai wewenang di bidang kesehatan. (W/17/08/2007)

Sebagai pelaksana teknis peranan bidan desa di poliklinik kesehatan desa didasarkan pada kemampuan keprofesian kebidanan dan kemampuan manajerial. Idealnya kedua kemampuan ini diperlukan bidan untuk mengelola aspek medis dari pelayanan program dan kemampuan mengenali dan mengelola aspek aspek non-medis yang terkait dengan pelayanan program.

Program poliklinik kesehatan desa sesungguhnya difokuskan pada layanan konsultasi kesehatan ibu, anak dan KB dan lebih spesifik lagi pada layanan konsultasi kesehatan ibu hamil dan pertolongan persalinan. Keberadaan program ini merupakan ujung mata rantai yang menghubungkan kebutuhan layanan kesehatan ibu hamil di desa dalam suatu jaringan rujukan dengan institusi kesehatan yang lebih tinggi sehingga kondisi kondisi obstruktif dari kehamilan dan persalinan lebih cepat dapat tertangani.

Tabel 2.6
Kejadian Penolong Persalinan, Selama tahun 2007

Penolong Persalinan (N = 37)	Keterangan Nakes*				Keterangan Non Nakes			Total
	Bides *	Bista	RS	Perawat	Dukun	Suami	F	Total
Tenaga Kesh	12	3	4	2	-	-	30	81
Non-Nakes	-	-	-	-	6		6	12

Sumber: Catatan Bidan Desa 2007

* Bides = Bidan Desa

Bista = Bidan Swasta

Nakes = Tenaga kesehatan

Jika dibandingkan dengan target penolong persalinan oleh nakes yang ditetapkan Departemen Kesehatan (65%), maka cakupan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di desa Wonorejo melampaui target 80 persen. Selain penolong persalinan oleh bidan swasta di klinik swasta dan penolong persalinan bidan/ dokter di RS, maka penolong persalinan bidan desa, mantri kesehatan atau dukun :nelakukan pertolongan persalinan langsung dirumah ibu namil tersebut. Berdasarkan tempat kejadian persalinan maka .Ada 30 persalinan atau 81 persen terjadi dirumah pasien dan 7 persalinan atau 19 persen terjadi di klinik dan RS.

Dari 17 ibu hamil yang dideteksi memiliki resiko tambahan pada kehamilannya, 5 orang diantaranya dirujuk oleh bidan desa ke RS namun hanya 4 orang yang bersalin sesuai dengan rujukan bidan sedangkan 1 orang ibu hamil lainnya menolak dirujuk dan memilih pcrsalinan dengan pertolongan dukun,

persalinan tersebut berjalan lancar. Hal ini dijelaskan bidan bahwa tidak selalu ibu dengan kehamilan yang dideteksi beresiko akan melalui penyulit persalinan sebaliknya kadang terjadi ibu yang mengalami penyulit persalinan selama kehamilannya tidak terdeteksi memiliki resiko tambahan, resiko yang umum terjadi adalah oleh posisi bayi yang sungsang selama kehamilan.

Tabel 2.7

Kunjungan Pelayanan Kesehatan oleh Warga Desa ke bidan Desa di- Poliklinik
Kesehatan Desa Sepanjang tahun 2007

Kunjungan Warga ke PKD	Distribusi	
	f	Persentase
Pengobatan umum	824	66,7
Pelayanan bayi dan balita	230	18,6
Pelayanan ibu hamil	180	14,5

Sumber : Laporan bidan desa 2007

Satu catatan tambahan yang menarik adalah dari 180 kunjungan ibu hamil ke bidan desa 58 diantaranya atau 32,2 persen dilakukan saat bidan di posyandu. Sisanya sekitar 67,8 persen di Poliklinik Kesehatan Desa.

Sepanjang tahun 2006 hingga maret 2007 dari 1234 kunjungan warga desa ke bidan desa 66,7 persen merupakan kunjungan untuk keperluan pengobatan umum menyusul kunjungan bayi/ balita sejumlah 18,6 persen dan 14,5 persen kunjungan ibu hamil. Sedangkan kunjungan untuk mendapatkan pertolongan persalinan di polindes nihil. Sejak awal berdirinya pada lima tahun yang lalu poliklinik kesehatan desa di Desa Wonorejo belum pernah memberikan layanan pertolongan persalinan di poliklinik kesehatan desa semua persalinan yang pernah dibantu bidan desa dilakukan di rumah si ibu yang akan bersalin.

Kehadiran poliklinik kesehatan desa adalah representasi dari sistim medis modern yang secara menyolok dicirikan oleh program kerja dan fasilitasnya. Kedua komponen ini merupakan perangkat dalam mencapai tiga tujuan program yaitu pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan KB, pelayanan pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan dan pelayanan penyuluhan dan pendidikan kesehatan umum bagi masyarakat. Hal lebih lanjut dijelaskan oleh Koordinator Bidan Desa sebagai berikut :

Kinerja program kebidanan ini diukur melalui selisih perbandingan antara angka cakupan pelayanan dengan angka target yang ditetapkan. Pengukuran kinerja program terdiri dari enam indikator pemantauan dalam tiga fase kehamilan persalinan; empat indikator pemantauan dalam fase kehamilan (*antenatal care*), 1 indikator pemantaun dalam fase persalinan (*natal care*) dan satu indikator pemantauan pada fase paska persalinan (*postnatal care*). Empat indikator pemantauan yang terdapat dalam fase kehamilan memperlihatkan orientasi program kebidanan secara keseluruhan berorientasi pada tindakan-tindakanfl pencegahan melalui konsultasi yang terjadwal.(W /22/08/2007)

Apa yang di tunjukkan oleh penggunaan indikator indikator pemantauan ini adalah bahwa dalam asumsi kerja polindes campur tangan manusia dapat menentukan kondisi kondisi kehamilan dan persalinan ibu. Praktek-praktek pemeliharaan dan perawatan dalam program mengakui pengendalian yang dapat dilakukan oleh manusia terhadap tubuh dan kesehatannya. Melalui kunjungan terjadwal ibu ke bidan desa dapat di pantau perkembangan kesehatan kehamilan ibu dan menetapkan keputusan-keputusan yang diperlukan untuk antisipasi berdasarkan kondisi-kondisi tersebut.

Keseluruhan prosedur pemeriksaan itu merupakan rangkaian pemeriksaan awal fisik kehamilan; pengenalan resiko dan komplikasi; pemberian imunisasi, obat dan vitamin; hingga manajemen tindakan rujukan disaat yang tepat. Hal ini dijelaskan oleh Bidan Desa sebagai berikut :

Program menetapkan pola kunjungan konsultasi ibu hamil ini setidaknya 4 kali selama kehamilan ibu yang idealnya 1 kali pada trimester pertama usia kehamilan ibu, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. Pola lain yang juga masih disarankan adalah 2 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. Kunjungan tambahan dapat dilakukan ibu jika ibu merasa ada keluhan pada kehamilannya dan sebaliknya harus memenuhi pola kunjungan ideal meskipun tidak terjadi keluhan apapun.

Dilapangan ditemukan bahwa kunjungan konsultasi yang dilakukan ibu hamil tidak didasarkan pada pola terjadwal setiap fase trimester usia kehamilan ibu tapi lebih didasarkan keperluan subjektif yang dirasakan ibu. Data kunjungan ibu hamil pertama kali pada bidan desa mencapai angka 80 persen dari keseluruhan jumlah ibu hamil yang diamati namun, hanya separuhnya saja atau 40 persen yang memiliki data kunjungan lengkap sesuai jadwal yang ditetapkan program. Umumnya ibu hamil berkonsultasi karena merasa ada keluhan pada kehamilan dan sebaliknya merasa tidak perlu melakukan konsultasi pada bidan desa jika tidak ada keluhan. (W/24/08/2007)

Mengamati data cakupan enam indikator program kebidanan yang dijelaskan oleh bidan desa hanya kunjungan lengkap ibu yang rendah 60 % cakupan dari target 80% - sedangkan angka cakupan lima indikator lainnya melewati target. Yang paling menyolok adalah angka cakupan deteksi resiko ibu hamil oleh bidan desa sangat tinggi sedangkan angka cakupan deteksi resiko oleh masyarakat (kader kesehatan dan dukun bayi yang sudah dilatih) sama sekali nihil. Kesimpulan yang dapat ditarik dari data tersebut adalah; pertama, adanya perbedaan persepsi antara masyarakat lokal dan program tentang deteksi indikasi adanya resiko dalam kehamilan. Bagi ibu hamil resiko baru dianggap ada jika keluhan dirasakan secara empiris, sebaliknya dengan asumsi program yang bekerja dengan model biomedis mampu mengenali indikasi sebelum keluhan terjadi. Kedua, hal ini dapat menjelaskan tentang mengapa kunjungan konsultasi ibu hamil tidak sesuai dengan pola program karena asumsi kunjungan ibu didasarkan pada keluhan yang dirasakan ibu pada kehamilan bukan berdasarkan kebutuhan program. Ketiga, upaya deteksi resiko oleh bidan desa dirasakan oleh ibu bukan atau belum menjadi pengalaman empirik sehingga telah menghambat kedatangan ibu pada jadwal kunjungan berikutnya. Keempat, dalam kondisi yang lebih ekstrim deteksi resiko dapat berakhir pada jalur rujukan dimana ibu harus pergi ke rumah sakit di kabupaten atau kodya atau minimal ke Puskesmas yang bagi ibu merupakan satu beban tambahan.

Dalam sistim keyakinan setempat, pemeliharaan kehamilan dan persalinan adalah masa dimana ibu dan keluarga mendapat ujian-ujian moral

sebagai bagian dari tanggung jawab sosial, maka dalam program, pusat aktivitas pemeliharaan kehamilan dan persalinan lebih impersonal dan individual. Pendekatan program yang objektif secara eksklusif tertuju hanya pada ibu dan kehamilannya, sedangkan pusat dari keseluruhan aktivitas pemeliharaan beralih dari ibu kepada prosedur dan ketentuan-ketentuan medis. Seluruh kebutuhan perawatan ataupun pemeliharaan kesehatan ibu ditetapkan oleh standar medis yang dibuat oleh profesionalnya.

Keberadaan bidan desa sebagai tenaga profesional di poliklinik kesehatan desa di orientasikan pada etika dan kebijakan program. Standar pelayanan bidan adalah pada pencapaian tujuan program melalui sudut pandang medis yang senantiasa dikontrol dan dievaluasi secara teratur melalui koordinasi dengan institusi medis yang lebih berwenang. Meskipun terdapat visi non-medis dalam komponen pelayanan namun tidak ada koordinasi dengan lembaga pemerintahan desa atau kecamatan yang akhirnya pengenalan masalah kesehatan ibu hamil bersalin yang bersumber pada faktor-faktor non-medis tertinggal.

Dalam struktur jaringan pelayanan kesehatan masyarakat desa, keberadaan Poliklinik kesehatan desa adalah sebagai ujung mata rantai terbawah yang ditandai oleh keterbatasan kewenangan masalah kesehatan ibu hamil yang boleh ditangani. Selain adanya keterbatasan fasilitas, keberadaan bidan desa sebagai pegawai tidak tetap kebidanan di poliklinik kesehatan desa merupakan satu kualifikasi yang sama terbatasnya. Bidan desa yang

umumnya berusia muda dan baru menyelesaikan pendidikan melihat kesempatan mengelola poliklinik kesehatan desa sebagai satu tahapan penting untuk mendapatkan status yang lebih tinggi dan permanen yaitu menjadi pegawai pernerintah. Posisi ini mungkin untuk dirintis melalui kondite kerja yang diukur dari cakupan pelayanan medis kebidanan yang secara teratur diaporkan ke puskesmas di kecamatan. Kondisi ini menguatkan orientasi keprofesian bidan desa dalam. pelayanan kesehatan 'bagi ibu hamil bersalin adalah pada pendekatan medis.

3. Bentuk Partisipasi Masyarakat Dalam Pelaksanaan Program Poliklinik Kesehatan Desa.

Dilapangan kegiatan peran serta masyarakat yang terlihat adalah pada penyediaan tempat pelayanan sementara pengelolaan organisasi maupun pelaksanaan tekhnis operasional sehari-hari hampir-hampir sepenuhnya dilakukan oleh bidan desa dan jajaran institusi kesehatan.

Peran serta unsur masyarakat bersama bidan desa dalam mengelola program ini untuk menjembatani kesenjangan informasi dan kesenjangan sosial budaya. Namun dalam pengamatan penelitian ini, hal ini tidak tercapai disebabkan beberapa kondisi seperti orientasi program dan kondisi sosial budaya setempat.

Terbatasnya keterlibatan LKMD dalam pengelolaan program kebidanan selain ditunjukkan oleh orientasi pelayanan program yang sangat tekhnikal medis

dan jauh dari kompetensi LKMD juga dapat dijelaskan melalui sudut pandang lokal tentang kehamilan dan persalinan.

Dalam masyarakat desa Wonorejo, melahirkan anak dipandang sebagai kodrat perempuan yang hanya dialami dan dianggap hanya dapat difahami oleh perempuan dan juga hanya diurus oleh perempuan. Sementara struktur keorganisasian LKMD hanya melibatkan laki-laki yang akan tanggung untuk terlibat dalam persoalan hamil bersalin yang sangat keperempuanan. Ini juga dapat menjelaskan mengapa keterlibatan LKMD hanya terbatas pada pengadaan fisik tempat pelayanan dan bukan pada keterlibatan dalam soal pelayanan program.(W/24/08/2007)

Dalam proses pengadaannya dilapangan kerjasama tersebut ditemukan dalam bentuk dua hal. Pertama, keterlibatan pemerintah melalui dukungan dana, menyediakan tenaga bidan beserta peralatan medis. Kedua, keterlibatan masyarakat dalam hal pengelolaan dana bantuan yang ada sehingga desa dapat memiliki satu tempat untuk kegiatan Poliklinik Kesehatan Desa dan dalam hal mengatur mekanisme pemanfaatan pelayanan kesehatan di Poliklinik Kesehatan Desa Mekanisme ini biasanya terdiri dari sistem pembayaran biaya pelayanan dan sistem pembagian hasil.

Aspek pengelolaan poliklinik kesehatan desa lainnya adalah operasionalisasi program melalui kerja sama antara bidan dan dukun bayi. Idealnya kerjasama ini adalah dalam bentuk terjalinnya komunikasi yang dapat mengatasi kesenjangan pemahaman mengenai kesehatan ibu hamil dan bersalin. Pedoman kegiatan yang mengatur kerjasama ini meliputi dua hal yaitu pertama, bidan melatih dan membina dukun bayi dan kedua, bidan menampung rujukan dari dukun bayi sebagai hasil deteksi resiko ibu hamil oleh masyarakat.

Program pengadaan Poliklinik Kesehatan Desa adalah satu bentuk program dengan peran serta masyarakat bersama pemerintahan. Program ini lebih populer disebut sebagai UKBM atau upaya kesehatan bersumber daya masyarakat. Kebijakan ini dilatar belakangi oleh gagasan tentang pemerataan penyediaan layanan maternal hingga ke desa dan upaya mengatasi keterbatasan dukungan finansial negara sembari merangsang partisipasi masyarakat melalui pemanfaatan sumber daya yang ada. Strategi ini dimaksudkan sebagai wujud partisipasi masyarakat untuk mengatasi 4 kesenjangan dalam pelayanan KIA di desa. Pertama, penempatan bidan di desa adalah untuk mengatasi kesenjangan secara geografis. Kedua, kontak dengan bidan yang sudah menetap di desa diharapkan mampu mengatasi kesenjangan informasi. Ketiga, kerja sama antara bidan dengan dukun bayi untuk mengatasi kesenjangan dalam sistim sosial budaya. Keempat, penetapan tarif layanan melalui keterlibatan LKMD untuk mengatasi kesenjangan ekonomi.

Pengadaan Poliklinik Kesehatan Desa di desa melibatkan struktur birokrasi di tingkat desa dan kecamatan. Pemerintahan desa dan kecamatan bersama dengan dinas kesehatan melalui puskesmas menetapkan desa yang akan ditempati oleh bidan desa dan Poliklinik Kesehatan Desa. Prioritas utama pemilihan lokasi desa didasarkan pada keterisoliran dan belum tersedianya puskesmas pembantu.

Program poliklinik kesehatan desa adalah salah satu diantara program-program pembangunan kesehatan masyarakat yang pengelolaannya berbasiskan komunitas dengan memperhatikan keterlibatan sumberdaya lokal. Pelaksanaan peran serta masyarakat ini secara organisatoris di wadahi oleh LKMD seksi kesehatan secara teknis operasional dikelola oleh bidan desa bersama dukun bayi dan kader kesehatan dibawah pengawasan teknis dokter di puskesmas kecamatan. Hal ini dijelaskan oleh Kepala Puskesmas Polokarto (W/19/08/2007)

Dilapangan, temuan data menunjukkan bahwa item kerjasama melatih dan membina lebih banyak dilakukan oleh institusi yang lebih tinggi yaitu puskesmas kecamatan yang biasanya dilakukan setahun sekali untuk meningkatkan kemampuan dukun bayi dalam menolong persalinan, hal ini diungkapkan oleh kepala Puskesmas Polokarto. Status senioritas dukun bayi dalam masyarakat desa menyulitkan komunikasi "pembinaan" oleh bidan yang berusia lebih muda dan merupakan warga pendatang. Sedangkan item kerjasama dimana bidan menampung rujukan dari dukun sebagai hasil deteksi ibu hamil resiko tinggi oleh masyarakat adalah nihil. Rujukan dukun bayi yang diterima oleh bidan desa umumnya adalah pasien ibu bersalin yang gagal ditangani oleh dukun bayi karena terjadinya obstruksi dalam persalinan. Kasus kasus tersebut umumnya berkaitan dengan posisi sungsang janin menjelang persalinan dan kasus *retencio placenta* yaitu tertinggalnya ari-ari setelah bayi lahir. Sebagian dari kasus itu dapat ditangani oleh bidan sedangkan beberapa kasus yang lebih kritis dirujuk ke rumah sakit.

Hasil wawancara dengan Bidan Koordinator KIA Puskesmas Polokarto sebagai berikut :Peranserta masyarakat ini juga ditetapkan sebagai salah satu dari 6 (enam) indikator pemantauan program KIA di poliklinik kesehatan desa. Dari sisi teknis operasional partisipasi masyarakat dalam program adalah melalui peran serta dukun bayi dan kader kesehatan. Keduanya - terutama dukun bayi - mendapat pelatihan dasar yang di lakukan oleh puskesmas kecamatan yang mengenalkan tentang asumsi-asumsi kerja pelayanan kebidanan dalam program.

Materi pelatihan terutama berkaitan dengan aspek klinis dan higienis dalam menolong persalinan serta bagaimana mengenali ciri kehamilan atau persalinan bermasalah. Dukun bayi juga kemudian mendapatkan beberapa peralatan pertolongan persalinan seperti yang dimiliki oleh bidan diantaranya seragam putih, sarung tangan karet, waskom steril dan gunting steril. Sementara Kader kesehatan dilatih untuk mengenali ciri-ciri resiko pada kehamilan.

Dengan keterampilan tambahan itu dukun bayi dan kader kesehatan mendampingi bidan desa dalam menjalankan program kebidanan di polindes. Keduanya secara umum menjadi bagian dari sistim medis modern di desa, dan khususnya menjadi partner bidan desa untuk mendeteksi ibu hamil yang diperkirakan memiliki komplikasi pada kehamilannya sebagai mata rantai jaringan pelayanan rujukan.

Dalam operasional program kebidanan di poliklinik kesehatan desa kerjasama tersebut sama sekali tidak terwujud. Kader kesehatan ataupun dukun bayi tidak pernah punya laporan tentang adanya ibu hamil dengan resiko. Pembinaan atau pendampingan yang harusnya dilakukan oleh bidan juga tidak berjalan dan satu-satunya kerjasama yang ada antara bidan desa dengan dukun bayi adalah; saat bidan menerima "rujukan persalinan bermasalah setengah jalan" dari dukun bayi. Persalinan rujukan dukun bayi itu biasanya diterima bidan sudah dalam proses setengah jalan. Persalinan bermasalah yang biasanya disebabkan oleh posisi janin yang sungsang atau tertinggalnya ari-ari setelah bayi lahir.

Pelatihan yang terbatas dan sambil lalu itu tak cukup memberikan wewenang bagi kader kesehatan ataupun dukun bayi untuk meminta ibu yang diperkirakan memiliki ciri-ciri resiko pada kehamilan datang ke poliklinik kesehatan desa disamping mereka tak sepenuhnya yakin perlunya meminta ibu melakukan hal tersebut, hal ini diutarakan oleh bidan desa.

Dalam perspektif sosial budaya, posisi dukun dalam masyarakat desa memiliki tempat tersendiri. Pribadi seorang dukun bayi di segani tidak hanya karena ia biasanya seorang perempuan senior tapi juga karena keahliannya yang memberinya kewibawaan. Tidak berjalannya kerjasama dan buntutnya komunikasi antara bidan desa seperti yang diharapkan program dikarenakan dalam program dukun bayi ditempatkan sebagai subjek pembinaan bidan desa yang masih muda dan warga pendatang. Bagi seorang dukun bayi menjalani profesi ini adalah karena ia "terpilih", ditahbiskan melalui masa magang yang panjang. Masa magang ini sendiri meliputi proses kedewasaan seorang perempuan dimana ia telah menikah dan memiliki keturunan. Akan sulit untuk diterima bahwa tiba-tiba ia dan keahliannya kini berada dibawah pengawasan seorang gadis yang muda mentah.

Pelatihan yang diperoleh dukun bayi di puskesmas membawanya ke dalam prosedur kerja medis modern. Dengan keterampilan baru dan peralatan pelengkap yang kurang lebih mirip dengan yang dimiliki bidan ia kini mendapat posisi baru sebagai "dukun bayi terlatih" namun, dengan kewenangan yang terbatas. Posisi baru ini meminta kompensasi dimana ia harus merubah cara dan metoda lamanya

dan dalam tahap tertentu membuatnya meninggalkan sebagian aspek-aspek keyakinannya sendiri. Kewenangan keprofesiannya kini berada dalam pengawasan bidan desa dan hal itu secara sistimatis mengecilkan kewibawaannya.. Posisi ini tidak menguntungkan bagi terjadi komunikasi antara keduanya dan alih-alih menjembatani kesenjangan sosial budaya, hal ini justru telah memperlebarnya

4. Keterkaitan antara persepsi dan partisipasi masyarakat dengan kondisi sosial,ekonomi dan budaya dalam perawatan kehamilan dan persalinan.

Dari tujuh belas desa di Kecamatan Polokarto, desa Wonorejolah yang partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa yang paling tinggi. Banyaknya minat masyarakat berpartisipasi dalam pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa tidak lain adalah kesadaran dari masyarakat yang tinggi dan peran Aparat Desa dan Lembaga Desa serta tokoh masyarakat dalam mensosialisasikan program poliklinik kesehatan desa,seperti yang dijelaskan Bidan Desa sebagai berikut :

Unsur masyarakat lainnya selain Aparat Desa dan Tokoh Masyarakat yang juga terlibat dalam operasional Poliklinik Kesehatan Desa sehari-hari adalah kader kesehatan desa dan dukun bayi setempat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan di desa, saya sekaligus sebagai mediator yang dapat memfasilitasi kemitraan dengan dukun bayi terutama untuk melakukan penyuluhan menangani persalinan yang higienis.

Aktifitas dalam organisasi sosial kemasyarakatan yang paling umum diikuti adalah kongsi kematian, gotong royong, posyandu PKK, pengajian dan arisan.

Aktifitas sosial yang berkaitan dengan program pemerintah seperti posyandu cukup umum diikuti mengingat para responden memiliki bayi, sedangkan aktifitas PKK tidak terlalu rutin dilakukan.

Dalam interpretasi lokal masyarakat desa Wonorejo kehamilan dan persalinan yang aman adalah merupakan upaya menjaga keseimbangan hubungan dengan unsur yang transenden melalui ritual dan berbagai jenis pantangan. Namun, pembangunan dan pengembangan layanan kesehatan ibu hamil yang juga menghampiri masyarakat desa memperkenalkan pemahaman baru dimana model-model biologi menjadi dasar penjelasan tentang kehamilan dan persalinan dan membawa perubahan pada pandangan pola perilaku ibu sebagai suatu konsekwensi logis.

Misi yang dibawa oleh program kebidanan poliklinik kesehatan desa, sampai dengan batas-batas tertentu telah memberikan pilihan baru pada masyarakat desa. Bagi ibu terdapat variasi pilihan perawatan antara kebiasaan-kebiasaan setempat dengan pilihan perilaku yang disaran oleh sistem kesehatan modern. Perubahan parsial itu terlihat sebagai sikap terbuka ibu namun pada dasarnya belum merubah sistim keyakinan setempat. Dalam data temuan perilaku yang ditunjukkan ibu adalah kombinasi dimana unsur praktek-praktek dalam program digunakan disamping praktek-praktek perawatan lokal.

Perawatan menurut cara lokal yang masih umum diterapkan oleh ibu hamil terutama mematuhi sejumlah pantangan dalam berperilaku dan diet pada beberapa jenis makanan yang dilakukan selama masa kehamilan hingga beberapa waktu setelah persalinan. Pada usia kehamilan tua (7-8 bulan), ibu melakukan pijat dengan dukun bayi untuk memastikan posisi bayi menjelang persalinan. Sedangkan alasan ibu ke bidan desa terutama untuk memastikan kehamilan melalui tes urine; untuk mendapatkan obat, vitamin dan imunisasi; atau saat ibu mengalami keluhan berat seperti pendarahan. Jenis keluhan lain lebih sering diatasi sendiri atau dibiarkan saja karena ada anggapan bawa keluhan yang dirasakan ibu sebagai "bawaan" kehamilan yang akan hilang dengan sendirinya. Alasan lain yang juga diajukan oleh ibu adalah ibu merasa perlu minimal satu kali berkonsultasi dengan bidan desa sebagai sosialisasi karena bidan memiliki kewenangan resmi di desa untuk menangani kesulitan dalam persalinan.

Perilaku pemanfaatan sebagian dari program kebidanan oleh ibu hamil di desa menunjukkan sikap terbuka ibu pada kompetensi klinis dalam program. Metoda seperti test kehamilan dan keampuhan pengobatan medis modern di polindes memberikan hasil empiris sebagaimana yang diinginkan oleh ibu. Dalam hal ini aspek kuratif dalam program lebih mengesankan ibu dibandingkan aspek preventif program. Data cakupan kunjungan lengkap ibu hamil yang sangat rendah menunjukkan kurang populernya aspek preventif program.

Aspek dan perilaku preventif adalah promosi program kebidanan yang penting di poliklinik kesehatan desa. Tindakan preventif kebidanan didasarkan pada prinsip dan asumsi teoritik tentang satu kondisi obstruktif yang mungkin dapat terjadi pada kehamilan persalinan, meskipun kondisi tersebut belum tentu muncul. Sedangkan tindakan kuratif dalam program adalah mengobati setelah sakit.

Rendahnya kunjungan antenatal lengkap ibu yang terjadwal bukan saja menunjukkan segi keyakinan ibu bahwa pemeliharaan kehamilan merupakan suatu anugerah dari Tuhan, tapi juga menunjukkan bahwa memberi prioritas perhatian - yang biasanya juga berarti biaya tambahan - pada sesuatu yang belum tentu terjadi dianggap berlebihan dan mendahului takdir. Dengan kondisi ekonomi rumah tangga ibu yang lebih banyak dialokasikan untuk keperluan konsumsi sulit dibayangkan ibu dapat menyisihkan biaya untuk perawatan kesehatan ekstra.

Prosedur pemeriksaan yang teratur oleh ibu bersama bidan dapat bermuara pada deteksi adanya resiko pada kehamilan ibu yang ekstrimnya dapat berujung pada prosedur rujukan perawatan ataupun persalinan di rumah sakit. Bagi masyarakat desa dimana kehamilan dan persalinan lazimnya dilalui di rumah, rujukan untuk ke rumah sakit dapat menjadi beban yang berat secara finansial, sosial dan secara psikologis. Persalinan di rumah sakit membatasi keterlibatan keluarga dan seluruh prosedur rumah sakit sangatlah asing dan impersonal bagi kebiasaan lokal.

Bagi kebiasaan lokal, persalinan rumah sangat rasional berdasarkan pertimbangan efisiensi menurut kebutuhan setempat. Rasional bersalin di rumah merupakan refleksi dari pandangan local tentang sikap fatalistic dan kepasifan manusia, tentang ciri yang personal dan akrab pada setiap tahapan kehidupan baru yang umumnya berlangsung dengan keterlibatan keluarga sementara ibu menjadi pusat perhatian. Selain itu, rasional bersalin di rumah dapat menghemat waktu, tenaga dan biaya, memberi ibu dukungan moril dan keamanan secara psikologis karena persalinan yang juga sering diasosiasikan sebagai perjuangan hidup mati, akan lebih menguatkan ibu jika dilalui di rumah ditengah-tengah keluarga. Seorang ibu hamil juga masih melakukan aktivitasnya sehari-hari hingga beberapa saat saja menjelang hari persalinan. Persalinan di rumah sakit, misalnya mengalihkan pusat perhatian keseluruhan prosedur persalinan dari ibu kepada fasilitas dan tenaga profesional. Dalam kerangka pemikiran ini dapat menjelaskan mengapa persalinan di poliklinik kesehatan desa sebagaimana yang disarankan program tidak populer disamping adanya keterbatasan fasilitas.

Meskipun persalinan di luar rumah tidak disukai namun persalinan oleh bidan desa dengan cepat dapat diterima oleh masyarakat. Pertolongan persalinan oleh bidan desa merupakan cakupan pelayanan pertolongan persalinan tertinggi dibandingkan dengan penolong persalinan manapun di desa. Bidan desa dalam batas-batas yang dapat diterima oleh masyarakat desa mampu mengakomodasi beberapa kebiasaan setempat dalam satu prosedur persalinan yang dapat diterima oleh kedua belah pihak. Bayaran jasa bidan yang 2-3 kali lebih mahal

dibandingkan dengan bayaran dukun bayi terkompensasi oleh efisiensi prosedur dan manjurnya obatobatan modern.

Keberadaan poliklinik kesehatan desa dengan program KIA-nya di desa secara historis bukanlah institusi sistim medis modern yang pertama yang mencoba membawa perubahan pada kesehatan ibu dan anak kerah yang lebih balk. Gagasan tentang sistim medis modern pada masyarakat desa oleh negara telah mulai diperkenalkan sejak awal tahun 1950-an. Keberadaan program polindes lebih kepada penghampiran sarana dan fasilitas yang lebih kurang representatif dalam menunjang tujuan peningkatan kesehatan ibu hamil bersalin di desa.

Variasi perilaku yang ditunjukkan ibu dalam perawatan kehamilan persalinan adalah rangkaian perilaku pilihan yang paling mungkin terjangkau dan paling menguntungkan secara ekonomi, psikologi clan sosial. Meskipun pada beberapa kasus memperlihatkan adanya hubungan antara pilihan perilaku kesehatan dengan kemampuan membayar, namun dari sisi psikologis dan sosial, pola-pola lokal dan tradisional masih terus digunakan dan menjadi bagian dari keseluruhan perawatan kehamilan clan persalinan. Variasi perilaku ini juga memperlihatkan sikap terbuka dalam hal praktek dan kebiasaan meskipun belum merubah sistim keyakinan setempat

Pengetahuan tentang Proses Kehamilan pada banyak masyarakat pedesaan perilaku selama hamil hingga bersalin dibentuk oleh pengetahuan yang bersumber pada kebiasaan dan tradisi setempat. Pemahaman bagaimana kehamilan dapat terjadi

atau bagaimana seorang bayi "dibuat" dalam perut ibu dapat menjelaskan perilaku disepuluh masa kehamilan dan persalinan. Pemahaman ini juga akan membentuk strategi dan adaptasi dalam menghadapi dan mengatasi problema-problema yang mengikutinya.

Sehubungan dengan kepercayaan dan nilai dalam pranata kesehatan, dalam hal ini sub-pranata tentang kehamilan dan persalinan merupakan gambaran dari pandangan hidup yang lebih luas. Pemahaman tentang proses kehamilan, kehamilan itu sendiri hingga persalinan dilingkupi oleh banyak mitos dan unsur-unsur yang supranatural yang menjelaskan dasar-dasar keseimbangan yang diperlukan oleh masyarakat. Kehamilan dan persalinan yang baik dan sehat menurut interpretasi lokal sering merupakan suatu upaya menjaga keseimbangan hubungan dengan unsur yang transenden melalui bermacam-macam ritual dan pantangan, disamping masyarakat mulai bersentuhan dengan pengetahuan yang didasarkan pada model-model biologi (Helman , 1982).

Dalam kerangka pelayanan kesehatan, keberadaan program kebidanan dalam poliklinik kesehatan desa menghadapi beberapa dinamika dalam menjalankan program-programnya. Umumnya perilaku perawatan kehamilan persalinan yang diperlihatkan menunjukkan pengadopsian program secara parsial di samping praktek-praktek lokal yang masih dipertahankan.

Dari sudut pandang ibu pengadopsian sebagian dari praktek yang disarankan dalam program didasari pada pertimbangan-pertimbangan pragmatis yang dianggap menguntungkan tanpa meninggalkan keyakinan pada hal-hal lokal.

Sementara dari sudut pandang program pengadopsian parsial oleh ibu dinilai sebagai indikasi adanya hambatan dalam mencapai tujuan-tujuan program.

Pada bagian ini data penelitian dianalisis dalam konteks melihat bagaimana Poliklinik Kesehatan Desa sebagai sebuah program pelayanan kesehatan dalam merubah perilaku perawatan kehamilan persalinan ibu. Beberapa hal yang dianggap sebagai perbedaan mendasar dari kedua pandang ini adalah mengenai etiologi setempat dan asumsi program tentang kehamilan persalinan. Sistem keyakinan setempat yang menempatkan nilai transendental dan personalistik mengenai kehamilan persalinan memberi rasionalitas yang sesuai pada perilaku yang diperlukan untuk menghadapinya dimana kekuatan supranatural dipercaya lebih dominan dalam menentukan kondisi kehamilan persalinan seorang ibu.

Di lain sisi pendekatan program yang objektif dan naturalistik memberi rasional pada perilaku perawatan kehamilan persalinan dimana campur tangan manusia diyakini adalah maksimal. Pendekatan program ini mencerminkan ciri perilaku medis modern adalah pada perilaku perawatan berbeda dengan pendekatan keyakinan setempat dimana pengobatan adalah lebih penting.

Dari sudut pandang organisasi institusi poliklinik kesehatan desa dikelola dalam ruang lingkup keprofesian dimana program-programnya dioperasikan dengan orientasi medis. Hal ini menghalangi diserapnya faktor-faktor non medis yang bersumber pada kondisi-kondisi lokal dalam berbagai pemecahan masalah program disamping menghalangi program untuk menjadi bagian dari sistem sosial budaya setempat

Bagi masyarakat desa Wonorejo persalinan dalam kehidupan manusia merupakan suatu fase seperti misalnya kematian, dimana penjelasan penjelasannya lebih banyak tersimpan sebagai suatu misteri. Samanya pemahaman fisiologis tentang bagaimana proses terbentuknya seorang bayi dalam perut ibu memberikan rasional dalam interpretasi lokal, dimana kehamilan dan persalinan dipandang sebagai bagian dari takdir hidup manusia. Memiliki keturunan oleh masyarakat setempat dianggap bagian dari 'pemberian' kuasa supranatural sebagai suatu anugerah yang terberi yang tidak ada hubungannya dengan keputusan-keputusan manusia. Eksistensi ibu dalam proses kehamilannya yang di simbolkan seperti tanah menunjukkan kepasifan, karena tubuh ibu sudah menyediakan segala yang dibutuhkan bayi untuk tumbuh yang memberi rasional tidak pentingnya perawatan.

Pemahaman umum yang menjelaskan sudut pandang fisiologis terbatas pada penjelasan-penjelasan yang tidak rinci. Penjelasan fisiologis yang terdapat dalam pemahaman lokal misalnya; bahwa kehamilan diawali dengan adanya hubungan seksual antara laki-laki dan perempuan dewasa, bahwa dalam hubungan seksual cairan mani laki-laki yang masuk kedalam perut ibu akan tersemai menjadi segumpal darah yang menjadi cikal bakal terbentuknya janin bayi. Makanan lain seperti telur, daging, ikan dan ayam juga dihindari karena dipercaya dapat menyebabkan bayi bisulan atau kudisan. Ibu juga harus menghindari makanan dan minuman yang masih panas karena akan memberi efek melepuh pada mulut bayi meskipun bukan bayi yang mengkonsumsi langsung.

Berbeda dengan etiologi personalistik yang menjelaskan penyebab gangguan berunsur "siapa" maka sejumlah pantangan pada makanan dan minuman tertentu menjelaskan pendekatan etiologi naturalistik dimana gangguan dapat disebabkan oleh "apa". Proses penyembuhan biasanya melalui penggunaan ramuan-ramuan yang dapat memulihkan keseimbangan. Dalam kasus infertilitas misalnya, dalam masyarakat desa Wonorejo cukup dikenal suatu variasi ramuan tradisional yang biasanya diminum oleh Ibu yang belum memiliki keturunan. Variasi ramuan yang terdiri dari beberapa jenis buah, tumbuhan tertentu, telur ayam kampung dan madu dipercaya dapat memberi efek menyuburkan rahim ibu.

Pemahaman adanya kaitan antara jenis makanan dengan kesehatan oleh masyarakat desa lebih sering dilihat dalam hubungan yang negatif daripada hubungan positif. Ibu hamil dan bersalin berpantang pada beberapa jenis makanan tertentu yang menurut ilmu pengetahuan tentang gizi justru dibutuhkannya dalam jumlah lebih banyak. Jenis makanan dengan protein tinggi yang sering dihindari oleh Ibu hamil dan bersalin adalah makanan yang disarankan oleh tenaga medis modern di pusat-pusat pelayanan kesehatan. Makan yang baik menurut pemahaman setempat sering diasosiasikan dengan nafsu makan yaitu jika Ibu bisa makan banyak – terutama porsi nasi - dan bukan pada variasi seimbang makanan. Masalahnya, jika Ibu mengalami masalah dengan nafsu makan dan tidak makan banyak seringkali hal itu dianggap bukan karena Ibu sakit. Gejala itu lebih sering dianggap sebagai "pembawaan janin" yang masih dalam perut Ibu dan dipercaya sebagai keinginan janin yang akan hilang dengan sendirinya setelah bayi lahir.

Keluhan baru ditanggapi dengan agak lebih serius setelah ibu tidak dapat lagi melakukan aktifitas sehari-hari. Sebelum memutuskan ke dukun atau bidan desa umumnya ibu berupaya melakukan pengobatan sendiri dengan obat-obatan yang dijual bebas di warung atau membuat ramuan sendiri.

Persalinan dalam masyarakat desa Wonorejo selalu berlangsung dirumah. Keyakinan bahwa persalinan akan berjalan lancar selama ibu dan keluarga menjaga diri dari melanggar pantangan lebih menunjukkan sikap yang fatalistik. Fase kritis bersalin yang harus dilalui ibu tersembunyi di balik *eupemisme* dari pelebelan persalinan sebagai perjuangan sakral yang meminimalkan upaya-upaya mengenali kondisi obstruktif sebelum terjadi. Beberapa tindakan menurut cara dan pengalaman lokal yang dipercaya akan membantu persalinan ibu dilakukan hanya beberapa saat setelah proses persalinan mulai dirasakan ibu, atau lebih sering dilakukan selama proses persalinan berlangsung. Meskipun cara-cara lokal tersebut (ramuan-ramuan tradisional) belum pernah diuji klinis, namun nilai-nilai simbolis yang terdapat dalam caracara tersebut merupakan satu mekanisme psikis dan sugestif yang agaknya memberi kekuatan pada ibu untuk mendorong persalinan.

Setelah persalinan, kondisi ibu dan bayi yang masih lemah kembali dianggap rentan terhadap agresi makhluk-makhluk halus. Rangkaian perawatan yang penting kembali terdiri dari serangkaian pantangan, penggunaan penangkal yang dipercaya memiliki kekuatan magis dan diet terhadap beberapa jenis makanan tertentu. Umumnya ibu dianggap akan pulih dengan sendirinya.

Dalam relasi kekerabatan, anggota keluarga dekat seperti suami, orang tua dan meriua serta kerabat dan tetangga mengambil peran penting dalam membantu ibu selama dalam kehamilan dan persalinan. Kerabat yang perempuan dan senior terutama, biasanya lebih intens terlibat dibandingkan dengan kerabat laki-laki bahkan dibandingkan dengan suami ibu. Para kerabat perempuan senior ini menjadi pengawas yang mengontrol sikap dan laku ibu selama dalam kehamilannya bahkan juga mengontrol laku suami ibu dari kemungkinan terlanggarnya pantangan. Status para perempuan senior ini sangat dihargai karena dianggap memahami persoalan-persoalan seputar kehamilan dan menjadi sumber informasi yang dipercaya sebelum ibu ketenaga ahli.

Keterlibatan kerabat perempuan bahkan lebih dominan dibandingkan para suami saat membantu mengurus keperluan ibu selama hamil hingga bersalin. Seringkali disaat-saat diperlukan tindakan suami didasarkan pada petunjuk para kerabat perempuan senior ini. Sifat kodrati hamil dan bersalin yang dilekatkan pada perempuan membuat persoalan hamil dan bersalin sebagai hal yang dianggap hanya difahami oleh perempuan karena hanya dilalui oleh perempuan dan sebagian besar persoalan-persoalan yang menyertainya diatasi oleh perempuan.

BAB V

PENUTUP

B. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pelaksanaan program Poliklinik Kesehatan Desa sebagai berikut :
 - a. Tujuan intervensi program Poliklinik Kesehatan Desa di Desa Wonorejo dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin belum maksimal dilihat dari capaian cakupan pelayanan kebidanan terhadap target masih rendah.
 - b. Kegiatan di Poliklinik Kesehatan Desa masih dominan digunakan untuk pelayanan kesehatan umum.
2. Pemahaman masyarakat tentang program poliklinik kesehatan desa masih kurang, sehingga bentuk pemberdayaan dalam program ini belum terlihat secara nyata. Bentuk partisipasi dalam program poliklinik kesehatan desa diantaranya dalam kerjasama antara bidan desa, dukun bayi dan kader kesehatan dalam mengelola aspek operasional medis dari program kebidanan, sedangkan keterlibatan LKMD dan Perangkat Desa hanya dalam pengadaan tempat pelayanan diawal mulainya program.
3. Bentuk partisipasi warga pada kegiatan poliklinik kesehatan desa antara lain :
 - a. Tidak berhasilnya keterlibatan masyarakat dalam pengelolaan program memperlihatkan adanya ketidak mampuan kedua pihak dalam menetapkan posisi berdasarkan kompetensi, Orientasi pengelolaan keorganisasian yang

cenderung teknikal medis menghalangi LKMD yang tidak memiliki kompetensi yang dibutuhkan untuk terlibat lebih dari sekedar membangun tempat pelayanan.

- b. Orientasi program yang sangat teknikal medis dengan cara yang kurang lebih sama juga telah menghalangi dukun bayi atau pun kader untuk terlibat lebih permanen dalam operasional program.
4. Keterkaitan antara persepsi dan partisipasi masyarakat dengan kondisi sosial, ekonomi dan budaya dalam perawatan kehamilan dan persalinan.

Faktor penghambat partisipasi masyarakat dalam program Poliklinik Kesehatan Desa sebagai berikut:

- a. Rendahnya kualitas SDM masyarakat .
- b. Lemahnya komunikasi di masyarakat.
- c. Orientasi program yang sangat teknikal medis menjadikan penghalang.

Faktor pendukung pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa sebagai berikut :

- a. Adanya peran aktif dari pihak pemerintah di daerah (Bupati/Walikota, Camat, Kepala Desa / Lurah dan lembaga Pemerintah Non Departemen), tokoh masyarakat, ulama dan warga masyarakat dalam pelaksanaan program poliklinik kesehatan desa.
- b. Budaya masyarakat yang cenderung mengedepankan semangat kekeluargaan dan gotong royong

- c. Sikap pemerintah yang mau menerima masukan dalam proses perbaikan program Poliklinik Kesehatan desa dalam masa yang akan datang.

C. Implikasi

2. Dengan adanya beberapa wacana serta analisis permasalahan dalam pelaksanaan program Poliklinik Kesehatan Desa di Desa Wonorejo, bahwa masyarakat menerima program Poliklinik Kesehatan Desa dengan baik, tetapi masih banyak kekurangan dalam pelaksanaan program tersebut. Masyarakat belum merasakan sepenuhnya adanya bentuk pemberdayaan dalam program ini. Pemanfaatan program dirasakan hanya pada pelayanan kesehatan umum, belum terfokus pada pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin . Kebijakan yang perlu dilakukan dalam program ini disempurnakan kembali dengan kajian ulang serta perbaikan sistem penyelenggaraan program Poliklinik Kesehatan Desa yang lebih mengarah kepada konsep pemberdayaan.

D. Saran

Adapun saran yang peneliti dapat kemukakan terhadap pelaksanaan program Poliklinik Kesehatan Desa adalah sebagai berikut :

1. Dalam pelaksanaan Program Poliklinik Kesehatan Desa hendaknya, antara lain :
 - a. Pemerintah Kabupaten Sukoharjo mengajukan usulan program yang lebih cocok untuk kondisi masyarakat di Sukoharjo dalam program pemberdayaan kesehatan kepada pemerintah pusat.

2. Pemerintah Kabupaten Sukoharjo melalui Dinas Kesehatan Kabupaten membuat suatu program pemberdayaan masyarakat yang melibatkan partisipasi masyarakat secara aktif
3. Dalam berpartisipasi, masyarakat hendaknya :
 - a. Tidak tergantung kepada bantuan – bantuan yang diberikan oleh pemerintah, akan tetapi mau dan mampu memanfaatkan segala potensi yang dimiliki demi kemajuan keluarga dan masyarakat pada umumnya.
 - b. Tidak merasa antipati terhadap pemerintah, dalam hal ini masyarakat hendaknya mengedepankan asumsi positif bagi sebuah program sehingga tidak muncul sikap apriori terhadap pemerintah.
 - c. Berani memberikan saran dan kritik bagi pemerintah melalui wakil-wakilnya yang ada di lembaga legislatif untuk kemajuan pembangunan bagi masyarakat, selain itu juga berani memberikan kritikan bagi kinerja wakil-wakilnya tersebut dalam forum resmi maupun tidak resmi.

Penerapan indikator cakupan pelayanan kebidanan harus dilakukan sesuai dengan kondisi di masyarakat. Dalam hal ini, kajian yang lebih mendalam lagi dengan beberapa aspirasi masyarakat hendaknya dicarikan soolusinya. kerja sama antar instansi pemerintah dalam penanganan kesehatan juga harus dibina dengan baik.

Sehingga tidak terjadi tumpang tindih kewenangan .

DAFTAR PUSTAKA

A. BUKU-BUKU

- Atkinson, R.C., dan E.R. Hilgar. 1991. *Pengantar Psikologi*. (Edisi terjemahan oleh Nurjanah Taufik dan Ruskimini Barhana). Jakarta : Erlangga.
- Bogdan & J. Taylor. 1975. *Pengantar Metoda Peneltiain Kualitatif*. (Edisi Terjemahan oleh Arief Rurchan). Surabaya : Usaha Nasiona.
- Badudu Zaini. 1994. *Kamus Umum Bahasa Indoensia*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Chaplin, C.P. 1989. *Kamus Lengkap Psikologi*. (Edisi terjemahan Oleh Kartini Karotno. Jakarta : Rawajali Press.
- Gibson, James. 1986. *Organisasi Perilaku, Struktur dan Proses*. (Edisi terjemahan oleh Djoerban Wahid) Jakarta : Erlangga.
- Guanwan Sumodiningrat. 1997. *Pembangunan Daerah dan Peberdayaan Masyarakat*. Jakarta : Bina Rena Prawira.
- Hartono. 2004. *Program Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (P2KP) sebagai Alternatif Mengatasi Kemiskinan dan Pemberdayaan Masyarakat. Wacana Pembangunan Masyarakat*. Vol. V. No. 10. STPMD. Yogyakarta : Ganesha
- HB Sutopo. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif : Dasar Teori dan Terapannya dalam Penelitian*. Surakarta : Sebelas Maret University.
- Hari Susanto. 2006. *Dinamika Panggungan Kemiskian Tinjauan Historis Era Orde Baru*. Jakarta : Khanata.
- Khairudin 1992. *Pembangunan Masyarakat Injuaan Aspek Sosiologis, Ekonomi dan Perencanaan*. Yogyakarta : Liberty.
- Lexy Moleong, 1989. *Metodologi Penelitian Kualtitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

- Loekman Soetrisno. 2002. *Paradigma Baru Pembangunan Pertanian : Sebuah Tinjauan Kronologis*. Yogyakarta : Kanisius.
- Marsiasmo. 2002. *Akuntansi Sektor Publik*. Yogyakarta : Andi.
- M. Dawan Rahardjo. 2006. *Menuju Indoensia Sejahtera Upaya Konkret Pengetnasan Kemiskinan*. Jakarta : Khanata.
- Miles, Mathew B dan Huberman, A. Michael. 1992. *Analisis Data Kualitatif (Edisi Terjemahan oleh Tjetjep Rohendi Rohidi.)* Jakarta : Universitas Indonesia.
- Moh. Nazir. 1999. *Metodologi Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Nasution. 1988. *Metodologi Penelitian Naturalistik Kualitatif*. Bandung : Transito.
- Nasikun. 1995. *Kemiskinan di Indonesia Menurun Dalam Perangkap Kemiskinan, Problem dan Strategi Pengentasannya* (Bagong Suyanto, ed) Surabaya : Airlangga University Press.
- T. Ndraha. 1990. *Metode Research*. Jakarta : Bumi Aksara.
- WJS Poerwadarminta, 1976. *Kamus Umum Bahasa Indoesia*. Jakarta : PN Balai Pustaka.
- Rahmat Jalaluddin. 1998. *Psikologi Komunikasi*. Bandung : PT. Rosdakarya.
- Ruch, Floyd L. 1967. *Psychology and Life*. (Edt. Scott. Foresman and Company). Atlanta.
- Robbins, S.P. 1991. *Organizational Behaviour Fifth Edition*. Prentice Hall, International, London.
- Sastropoetro, S. 1998. *Partisipasi Komunikasi Persuasi dan Disiplin Pembangunan Nasional*. Bandung : Alumni.
- Sedarmayanti. 1995. *Filsafat Administrasi*. Jakarta : PT. Gunung Agung.
- Scott, James C. 1984. *Moral Ekonomi Petani*. Jakarta : LP3ES.

- Slamet Y. 2006. *Metode Penelitian Sosial*. Jakarta : Sebelas Maret University Press.
- _____, 1993. *Pembangunan Masyarakat Berwawasan Partisipasi*. Surakarta : Sebelas Maret University Press.
- Steers, Richard M. 1984. *Efektifitas Organisasi*. Jakarta : Erlangga.
- Suparjan dan Hempri Suyatno. 2003. *Pengembangan Masyarakat dari Pembangunan sampai Pemberdayaan*. Yogyakarta : Aditya Media.
- Sunyoto Usman. 2004. *Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar Offset.
- B. Sutrisno. 2000. *Partisipasi Masyarakat dalam Bidang Pendidikan dan Daerah Industri dan Pertanian di Kabupaten Boyolali*. Tesis tidak diterbitkan. PPS-UNY.
- Usmara, 2003. *Paradigma Baru Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta : Amara Books.
- Verhagen, K. 1997. *Pembangunan Daerah dan Pemberdayaan Masyarakat*. Cet 2. Jakarta : Bina Rena Pariwara.
- Yin, R.K. 1987. *Studi Kasus (Desain dan Metode)* (Edisi Terjemahan oleh M Djauzi Mudzakar), Jakarta : Raja Grafindo Pustaka.

LAMPIRAN

Kisi-Kisi Wawancara dan Observasi Penelitian dan Pengumpulan Data di Lapangan Tentang Partisipasi Masyarakat dalam
Pross Perencanaan Pembangunan Desa di Kwangsan Kecamatan Jumapolo Kabupaten Karanganyar

NO	Konsep yang Diteliti	Definisi Konsep	Indikator	Kisi-Kisi Wawancara	Panduan Wawancara	Panduan Observasi
1	2	3	4	5	6	7
I	Partisipasi masyarakat	Partisipasi masyarakat adalah adanya keterlibatan masyarakat secara aktif dalam mengambil bagian atau peran dalam pembangunan mulai dari tahapan sosialisasi, perencanaan, pengendalian, evaluasi dan pelestarian yang disampaikan baik dalam bentuk pernyataan mengikuti kegiatan, memberi masukan berupa pemikiran, tenaga, waktu, keahlian, moral dana atau materi, serta ikut memanfaatkan dan menikmati hasil-hasilnya	a. Partisipasi masyarakat dalam sosialisasi perencanaan pembangunan desa	1. Partisipasi masyarakat 2. Aktif mengikuti sosialisasi tentang perencanaan partisipatif 3. Keaktifan masyarakat dalam pertemuan untuk	1. Partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan desa 2. Apakah sosialisasi tentang perencanaan pembangunan desa diperlukan oleh masyarakat sebelum diadakan penggalian gagasan untuk membangun desa ?	1. Mengamati peserta dalam mengikuti sosialisais (foto kegiatan) 2. Mencatat keaktifan peserta dalam bertanya (rekaman) 3. Mencatat keaktifan peserta dalam memberikan masukan 4. Mengamati teknik menyebarkan informasi hasil sosialisasi

				bermusyawarah	3. Bagaimana keaktifan masyarakat dalam proses sosialisasi tentang pentingnya perencanaan pembangunan yang dilaksanakan secara partisipatif	
				4. Informasi tentang perencanaan partisipatif hendaknya diketahui	4. Agar kegiatan sosialisasi diikuti oleh semua lapisan masyarakat	
1	2	3	4	5	6	7
				oleh semua elemen masyarakat	bagaimana proses penyebarannya untuk memudahkan masyarakat dalam	

					melaksanakan kegiatan perencanaan pembangunan secara partisipatif	
			b. Partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perencanaan yang diharapkan oleh masyarakat 2. Pentingnya peta sosial dusun untuk melakukan proses perencanaan 3. gagasan / usulan yang mendesak untuk segera dilaksanakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana dengan proses perencanaan hanya dilakukan oleh aparat desa dan tidak melibatkan unsur masyarakat ? 2. Apakah ibu ikut dalam pembuatan peta sosial yang ada di dusun ? 3. Apakah ibu pernah diminta untuk menyampaikan gagasannya tentang kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengamati jenis kegiatan hasil pembangunan desa 2. Mengamati dokumen peta sosial dusun / desa 3. Mencatat keaktifan dalam memberikan usulan / gagasan 4. Mengamati keaktifan dalam memilih usulan yang menjadi prioritas

				4. Ikut memutuskan / memilih usulan yang diprioritaskan	pembangunan desa yang paling mendesak kebutuhan 4. Setelah ibu menyampaikan usulan apakah juga ikut untuk menyeleksi	
1	2	3	4	5	6	7
				5. Ikut membuat design, membuat anggaran RKTL kegiatan	Usulan mana yang menjadi prioritas pembangunan desa ? 5. Apakah ibu ikut dalam membuat design, rencana anggaran biaya (RAB) untuk pembangunan yang sudah diusulkan ?	5. Melihat dan mengamati sejauh mana keterlibatan dalam membuat design, rencana anggaran biaya dan RKTL kegiatan
			c. Partisipasi dalam memberikan	1. Memberikan masukan secara	1. Bagaimana anda menyampaikan	1. Mencatat dan mengamati masukan yang diberikan secara tertulis.

			masukan pemikiran untuk perencanaan partisipatif	tertulis 2. Memberikan masukan secara lisan	usulan dalam musyawarah ? 2. Apakah anda memberikan masukan dengan cara lisan ?	2. Mengamati dan mencatat masukan yang disampaikan secara lisan
			d. Meluangkan waktu	1. Ikut rapat di tingkat desa	1. Dengan adanya rapat / pertemuan yang dilaksanakan ditingkat RT / dusun waktu anda terganggu ?	1. Mengamati jumlah peserta yang datang dalam rapat. (absent / daftar hadir)
			e. Partisipasi dalam swadaya dana atau material	1. Adanya iuran masyarakat untuk pembangunan	1. Apakah ada dana iuran untuk biaya pembangunan di tingkat RT ? 2. Apakah anda ikut gotong royong mencari material ?	1. Mencatat dan melihat administrasi iuran dari masyarakat 2. Mencatat dan melihat administrasi kegiatan masyarakat

1	2	3	4	5	6	7
				2. Kegiatan difungsikan oleh masyarakat	1. Bagaimana anda merasakan bila apa yang direncanakan dibangun / teralisasi dan berfungsi	1. Mengamati seberapa jauh hasil pembangunan dimanfaatkan oleh masyarakat
II	Pembangunan Desa	Pembangunan desa adalah upaya yang dilakukan oleh komponen masyarakat untuk menuju pada peningkatan, kemajuan atau perubahan ke arah kemajuan yang berkesinambungan. Dilakukan secara sadar dan dengan sengaja, yang terencana untuk tujuan pembinaan pembangunan pada masyarakat yang disampaikan secara bertahap dengan berkelanjutan (sustainable)	a. Masyarakat sebagai pelaku utama dalam perencanaan pembangunan desa	1. Masyarakat setempat teribat 2. Perempuan ikut dilibatkan 3. Masyarakat miskin dilibatkan 4. Tokoh masyarakat terlibat	1. Apakah anda sebagai masyarakat di sini dilibatkan ? 2. Apakah perempuan dilibatkan ? 3. Apakah anda dilibatkan ? 4. Bagaimana keterlibatan tokoh	1. Mengamati keterlibatan masyarakat dalam pembangunan (foto kegiatan) 2. Mengamati keterlibatan perempuan (foto kegiatan) 3. Mengamati keterlibatan masyarakat miskin 4. Mengamati keterlibatan tokoh masyarakat

					masyarakat ?	
			b. Perubahan dalam masyarakat	1. Membuat askes 2. Ikut bertanggung jawab dalam pelestarian 3. Berperan aktif dalam pembangunan	1. Menurut anda apakah pembangunan dapat membuka akses ? 2. Bagaimana dengan pelestarian pembangunan apakah diserahkan pada masyarakat ?	1. Mengamati kegunaan pembangunan 2. Mengamati keterlibatan masyarakat dalam melestarikan pembangunan
1	2	3	4	5	6	7
					3. Bagaimanakah keaktifan masyarakat dalam pembangunan ?	3. Mengamati keaktifan masyarakat dalam pembangunan
III	Perencanaan Pembangunan desa	perencanaan pembangunan desa adalah melihat ke depan dengan mengambil pilihan berbagai alternatif dari	a. perencanaan untuk kemajuan yang akan datang b. Kegiatan	1. Kegiatan terencana dan terarah 1. Kegiatan hasil	1. Bagaimana kegiatan menurut anda apakah perencanaan telah terencana	1. mengamati perencanaan telah dibuat (dokumen, arsip perencanaan) 1. Mengamati kegiatan prioritas dalam perencanaan, (dokumen, arsip)

		kegiatan untuk mencapai tujuan masa depan agar lebih baik dengan efektif dan efisien	yang mendapat prioritas dalam perencanaan	gagasan dari masyarakat	dan terarah ?	2. Mengamati kegiatan yang telah direncanakan segera digunakan
			c. Perencanaan yang dapat difungsikan	2. Kegiatan yang mendesak untuk digunakan	1. Apakah kegiatan merupakan hasil dari gagasan masyarakat ?	1. Mengamati kegiatan berfungsi atau tidak (foto)
			d. Perencanaan yang efektif	1. Kegiatan merupakan kebutuhan bukan keinginan	2. Apakah kegiatan yang dilaksanakan mendesak untuk digunakan ?	1. Mengamati kondisi masyarakat dan kondisi alam yang mendukung perencanaan (arsip potensi desa)
			e. Perencanaan yang efisien	1. Disesuaikan dengan kondisi yang ada	1. Bagaimana menurut anda apakah kegiatan yang direncanakan merupakan suatu kebutuhan atau hanya keinginan ?	1. Mengamati biaya perencanaan dan waktu yang digunakan dalam perencanaan (arsip)
				1. Perencanaan yang dapat dikerjakan oleh masyarakat	1. Bagaimana menurut anda apakah perencanaan menyesuaikan kondisi masyarakat ?	

					1. Apakah menurut anda perencanaan yang dikerjakan masyarakat itu murah ?	
1	2	3	4	5	6	7
			f. Partisipasi perempuan dalam perencanaan g. Partisipasi perempuan dalam pengambilan keputusan	1. Perempuan ikut perencanaan pembangunan desa 2. Perempuan ikut dalam pengambilan keputusan	1. Bagaimana menurut anda perempuan ikut dalam perencanaan pembangunan desa ? 1. Bagaimana menurut anda perempuan ikut dalam pengambilan keputusan ?	1. Mencatat dan merekam semua tanggapan dari tokoh masyarakat dan pemerintah daerah 1. Mencatat dan merekam semua tanggapan dari tokoh masyarakat dan pemerintah daerah

Catatan Lapangan	:	No.1
Pengamat/Wawancara	:	P/W
Waktu	:	Tanggal 17-08-2007, Jam 10.10 - 11.20 Wib
Disusun Jam	:	20.15 Wib
Tempat	:	Posyandu Melati Desa Wonorejo Polokarto Sukoharjo
Subyek Penelitian	:	Mantri (Pembantu Perawat) Suardi

Vitamin A, kebetulan bulan Agustus dan Februari adalah bulan pemberian Vitamin A bagi balita dan begitu banyak sasaran balita yang datang sehingga Bidan Desa terlihat begitu sibuk. Saya mendekati seseorang yang berpakaian seragam kesehatan yang mendampingi bidan desa pada kegiatan posyandu dengan penampilan setengah tua dan terlihat berwibawa, lalu saya menyapa dan berkenalan dengan "Mantri Suar" beliau menyebut dirinya dengan sebutan terkenalnya di desa Wonorejo karena beliau bertempat tinggal di desa tersebut. Mantri Suar mempunyai seorang istri dan tiga orang anak, masing-masing umur 20 th, 17 th dan 9 th. Lalu saya menanyakan gambaran pelaksanaan PKD kepadanya, ia memulai dengan menceritakan riwayat berdirinya puskesmas hingga berdirinya PKD sebagai berikut :

Sebelum dibangunnya Puskesmas pada tahun 1984 dan mulai diresmikan pemakaiannya tahun 1985, satu-satunya fasilitas kesehatan yang tersedia bagi desa-desa di kecamatan Polokarto adalah balai kesehatan ibu dan anak (BKIA) yang telah didirikan sejak tahun 1973 di pusat kecamatan. Operasionalisasi BKIA pada

saat itu didukung dengan ditempatkannya 1 (satu) orang tenaga bidan sukarela dengan seorang penjenang pria yang dikenal dengan panggilan "Mantri Suar". Belum ada tenaga perawat waktu itu, sedangkan penjenang statusnya adalah pembantu perawat yang akhirnya menggantikan tugas-tugas perawat.

Pada saat itu BKIA lebih banyak melayani pengobatan-pengobatan umum sedangkan perawatan kehamilan dan pertolongan persalinan lebih banyak dilakukan oleh dukun-dukun bayi setempat. Hanya pada persalinan berkasus seperti *retensio placenta*, kelahiran sungsang, baru tenaga medis BKIA dimintai pertolongan. Di BKIA sendiri tersedia ruang untuk pemeriksaan yang dapat difungsikan sebagai ruang untuk persalinan, namun semua persalinan yang dibantu oleh tenaga medis BKIA dilakukan di rumah pasien. Pemanfaatan BKIA pun lebih banyak oleh penduduk setempat sementara penduduk dari desa yang lain merasa terlalu jauh untuk berobat.

Pada tahun 1985, lebih kurang 10 tahun sejak program pertama kali dicanangkan, sebuah puskesmas diresmikan untuk menggantikan BKIA. Di puskesmas seluruh kegiatan dibidang kesehatan disatukan. Diawal berdirinya puskesmas didukung oleh 4 orang tenaga perawat, 1 orang tenaga bidan, dan 1 orang tenaga dokter. Setelah 17 tahun kemudian puskesmas di kecamatan Polokarto telah berkembang dengan memiliki poliklinik gigi, laboratorium hingga sanitasi lingkungan yang melibatkan orang tenaga profesional dibidangnya masing-masing dipimpin oleh seorang dokter. Dikemudian hari puskesmas ini menjadi puskesmas

Catatan Lapangan	:	No.2
Pengamat/Wawancara	:	P/W
Waktu	:	Tanggal 20-08-2007, Jam 09.30 - 11.02 Wib
Disusun Jam	:	20.15 Wib
Tempat	:	Puskesmas Polokarto kab. Sukoharjo
Subyek Penelitian	:	Kepala puskesmas dr.bambang saptono

hijau muda terasa sejuk dipandang mata dan terlihat bersih, tampak pula gambaran cakupan kegiatan terpampang didinding,Struktur Organisasi ,Data kepegawaian serta beberapa poster-poster promosi kesehatan,begitu rapih pengaturannya.Semakin yakin dibenak saya bahwa manajemen Puskesmas dibawah kepemimpinan dr. Bambang Saptono adalah baik. Saya langsung bertemu beliau tanpa perkenalan terlebih dahulu karena kami sudah saling kenal sebelumnya di Dinas Kesehatan Sukoharjo.Saya langsung menanyakan gambaran PKD di Desa Wonorejo Kec. Polokarto, beliau menerangkan sebagai berikut :

Desa Wonorejo baru mendapatkan seorang bidan desa ditahun 1996 dan ditahun yang sama mendapatkan bantuan pengadaan bangunan pondok untuk bersalin di desa yang dikenal dengan nama 'Polindes',

Di kecamatan Polokarto pengadaan poliklinik kesehatan desa telah dimulai sejak tahun anggaran 1994/1995 untuk tiga unit poliklinik kesehatan desa, dengan anggaran per-unitnya 2,5 juta rupiah; tiga unit lagi di tahun anggaran 1995/1996 dengan bantuan pemerintah 2,5 juta rupiah per-unit dan di tahun 1996/1997 untuk tiga unit poliklinik kesehatan desa dengan anggaran per-unit 3,5 juta rupiah. Total keseluruhan sudah ada anggaran untuk pengadaan 9 unit polindes

untuk 9 dari 17 desa yang ada di kecamatan ini. Namun secara fisik hanya ada 3 bangunan poliklinik kesehatan desa yang terwujud, 3 lainnya merupakan bangunan yang tidak diselesaikan dan 3 lainnya lagi sama sekali belum ada realisasi.

Poliklinik Kesehatan Desa di desa Wonorejo adalah salah satu dari 5 Poliklinik Kesehatan Desa yang aktif beroperasi di Kecamatan Polokarto dan merupakan salah satu dari dua Poliklinik Kesehatan Desa yang memiliki tempat pelayanan sekaligus tempat pemondokan bidan yang mandiri. Dua Poliklinik Kesehatan Desa lainnya menempati rumah penduduk dan Poliklinik Kesehatan Desa menempati salah satu ruang kantor desa karena bangunan Poliklinik Kesehatan Desa yang sesungguhnya tidak selesai pembangunannya.

Catatan Lapangan	:	No.3
Pengamat/Wawancara	:	P/W
Waktu	:	Tanggal 20-08-2007, Jam 13.30 - 14.20 Wib
Disusun Jam	:	20.30 Wib
Tempat	:	Balai desa wonorejo kec.polokarto
Subyek Penelitian	:	Kepala desa waluyo

Pada saat kunjungan saya ke Balai desa Wonorejo, saya bertemu seorang setengah baya mengenakan pakaian seragam pemda dan tampak lugu, lalu saya bertanya kepadanya : apakah Bapak Kepala Desa Wonorejo ada ? Beliau menjawab dengan tersenyum karena beliau adalah seorang Pejabat Desa /Kepala Desa bernama Waluyo , lalu beliau bercerita tentang struktur pemerintahan desa pada saat sebelum beliau terpilih menjadi Kepala Desa. Desa Wonorejo dikepalai langsung oleh pejabat camat karena adanya kekosongan setelah pejabat kepala desa yang lama berakhir masa jabatannya. Pada masa ini pejabat camat menangani semua aktifitas administrasi dan pelaksanaan teknis pemerintahan desa sekaligus sebagai ketua umum lembaga legislatif desa didalam struktur LKMD (lembaga ketahanan masyarakat desa). Pengelolaan

dana untuk pengadaan Poliklinik Kesehatan Desa dilakukan oleh seksi bidang kesehatan dan KB (seksi 7 LKMD) yang diturunkan melalui camat ke kepala desa. Jumlah dana yang diterima diperkirakan terlalu kecil untuk dapat mengadakan sebuah bangunan baru.

Menurut Kepala puskesmas Polokarto bahwa pengadaan sebuah polindes tidak harus pembangunan sebuah gedung baru tapi dapat menggunakan bangunan yang ada jika dana tidak mencukupi. Sementara anggaran rutin belanja desa yang bersumber dari Bangdes senilai Rp 5 juta setiap tahunnya tidak dapat menutupi anggaran yang diperlukan untuk berbagai program desa. Dalam pembicaraan informal antara kepala desa dengan unsur LKMD di seksi 7 diputuskan untuk merenovasi ruang PKK yang terletak disamping kantor desa sebagai ruang untuk Poliklinik Kesehatan Desa. Keputusan ini kemudian dilegalisasi melalui rakor desa. Ruang PKK sendiri dipindahkan ke sebuah ruang yang mirip gudang yang terletak di belakang poliklinik kesehatan desa, sedangkan untuk keperluan Poliklinik Kesehatan Desa ruang PKK yang awalnya berukuran 5x5 meter disekat menjadi 3 ruang yaitu ruang untuk pemeriksaan sekaligus sebagai ruang administrasi, ruang kamar tidur untuk bidan dan sisa ruang untuk dapur.

Dipilihnya ruang PKK di kantor desa sebagai tempat bidan memberikan pelayanan merupakan solusi desa untuk mengatasi keterbatasan dana. Lokasi ini juga berdekatan dengan mesjid desa yang menguntungkan Poliklinik Kesehatan Desa karena dapat memanfaatkan fasilitas MCK milik mesjid sedangkan untuk sumber air bersih bidan memanfaatkan salah satu sumber mata air tempat warga desa mendapatkan air bersih yang terletak lebih kurang 25 meter dari Poliklinik Kesehatan Desa.

Selain pengadaannya yang memanfaatkan fasilitas desa yang sudah ada, keperluan perabotan seperti lemari, bangku tunggu dan meja kursi untuk Poliklinik Kesehatan Desa digunakan perabotan kantor desa yang tidak terpakai dan untuk keperluan kamar tidurnya bidan metengkapinya sendiri. Bidan mulai menempati Poliklinik Kesehatan Desa setelah sebelumnya memberi pelayanan di rumah salah seorang warga desa selama 6 bulan. Keberadaan Poliklinik Kesehatan Desa dikukuhkan setelah beberapa pejabat dari pemerintahan daerah, Departemen Kesehatan, BKKBN kabupaten bersama dengan pejabat Pemerintahan Kecamatan dan desa melakukan satu monitoring terpadu untuk meresmikan pengadaan poliklinik kesehatan desa tersebut.